

Faculté de Médecine de l'Université de Paris

ANNÉE 1909

THÈSE

N°

266

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue le Mercredi 26 Mai 1909, à 1 heure

devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris

PAR

ROBERT DUPONT

Né à Mantes (Seine-et-Oise), le 13 Avril 1881

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS ET DE LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL BEAUJON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

Président de la thèse. M. PIERRE DELBET, *professeur.*

Juges { MM. GAUCHER, *professeur.*

{ ANDRÉ JOUSSET et OMBRÉDANNE, *agregés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1909

400

266

THÈSE

No

POUR

présentée et soutenue le Mercredi 26 Mai 1909, à 1 heure
devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris

PAR

Né à Mantes (Seine-et-Oise), le 13 Avril 1881

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS ET DE LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL BEAUJON



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

Président de la thèse. M. PIERRE DELBET, *professeur.*

[illegible]

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1909

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

	Doyen	M. LANDOUZY.
	Professeurs	MM.
Anatomie		NICOLAS.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		DEJERINE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils		PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT.
Médecine légale		CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD.
		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		HUTINEL.
Maladies des enfants		GILBERT BALLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		RECLUS.
		SEGOND.
Clinique chirurgicale		QUENU.
		PIERRE DELBET.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN.
		PINARD.
Clinique d'accouchement		BAR.
		RIBEMONT-
		DESSAIGNES.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN.

Agrévés en exercice :

MM. AUVRAY.	MM. CUNÉO	MM. LAUNOIS	MM. NICLOUX
BALTHAZARD	DEMLIN	LECENE	NOBECOURT
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	OMBRÉDANNE
BEZANCON(F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	POTOCKI
BRINDÉAU	GOSSET	LOEPER	PROUST
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RENON
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RICHAUD
CARNOT	JEANSELME	MARION	RIEFFEL
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBÉ (M.)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

ET

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547127_0048

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur PIERRE DELBET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE

M. le Professeur RIBEMONT-DESSAIGNES

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ACCOUCHEUR DE LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL BEAUJON
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE

M. le Professeur agrégé AUGUSTE BROCA

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Avec l'expression de ma profonde reconnaissance
et de mon respectueux attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat.

1903-1904. M. le Professeur-agrégé NETTER.

1904-1905. M. le Docteur BAZY.

Internal.

1905-1906. M. le Professeur-agrégé AUGUSTE BROCA.

1906-1907. { M. le Professeur LE DENTU.
M. le Professeur-agrégé MAUCLAIRE.
M. le Docteur SOULIGOUX.

1907-1908. M. le Professeur PIERRE DELBET.

1908-1909. { M. le Professeur RIBEMONT-DESSAIGNES.
M. le Docteur MICHAUX.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

ANDRÉ PETIT, LEGENDRE, DUGUET, ANDRÉ JOUSSET

BERGÉ-GASNE, LOUIS FOURNIER

MOUCHET, VEAU, LECÈNE, LABEY, PROUST, CHEVRIER

HERBET

BOUFFE DE SAINT-BLAISE, RUDAUX, FUNCK-BRENTANO

LE LORIER

RIBADEAU-DUMAS, PIERRE CARTIER, SAINTON

A Mademoiselle LASCAUD

SAGE-FEMME EN CHEF DE LA MATERNITÉ DE BEAUJON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'OVARITE SCLÉRO - KYSTIQUE

INTRODUCTION

L'ovarite scléro-kystique est une des lésions les plus fréquentes des annexes, on peut presque dire la plus fréquente. Tantôt elle constitue l'altération dominante, tantôt elle passe au second plan à côté de la salpingite ou de la pelvi-péritonite.

Pendant notre internat, nous avons eu l'occasion d'assister nos maîtres dans un grand nombre de laparotomies au cours desquelles les ovaires étaient trouvés scléro-kystiques. De plus, nous avons vu pratiquer l'ignipuncture par notre maître M. le professeur Pierre DELBET. Sur ses conseils, nous avons cherché à nous rendre compte du résultat de cette opération.

Dans cette thèse, on ne trouvera pas une étude complète de l'ovarite scléro-kystique. Seuls, certains points de cette question nous ont paru intéressants, et ce sont ceux-là que nous avons traités.

Nous étudions la topographie de l'ovaire malade et nous tentons de montrer que du fait de la lésion dont il est le siège il subit souvent un déplacement qui retentit sur l'utérus et peut entraîner une rétro-version.

Ensuite, à l'aide de quelques coupes, nous tentons de faire l'étude histologique de la lésion.

Des données précédentes nous tirons des conclusions rela-

tives à la nature intime de la maladie et à l'explication de certains de ses symptômes.

Dans un deuxième chapitre, nous parlons du traitement de l'ovaire scléro-kystique. Rejetant *a priori* la castration, nous n'avons en vue que l'opération conservatrice et en particulier l'ignipuncture. Nous étudions ses résultats en comparant un à un les symptômes présentés par nos malades avant et après l'opération.

Notre thèse s'appuie sur 42 observations, parmi lesquelles 25 ont trait à des malades qui ont été revues après l'opération.

Ces observations, nous les devons à l'obligeance de M. DELBET, soit que nous les ayons recueillies dans son service, alors que nous avions l'honneur d'être son interne, soit que nous les ayons trouvées dans ses archives, qu'il a eu la bonté de mettre à notre disposition. Nous tenons à le remercier bien vivement.

Certaines de ces observations ont déjà été publiées dans un mémoire de DELBET et CARAVEN paru dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*. Les malades ont été revues par nous au point de vue spécial qui nous occupe.

Pour nous documenter, nous avons dû lire un assez grand nombre de travaux. Nous n'avons pas jugé à propos de citer dans notre texte tous les auteurs auxquels nous nous sommes adressé. Nous n'avons pas voulu non plus faire l'historique de l'ovarite scléro-kystique ; cela nous semblait de peu d'intérêt.

On trouvera à la fin de ce travail l'indication des sources où nous avons puisé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Aspect macroscopique. — Le volume de l'ovaire est variable, souvent à peine plus gros que normalement, mais dur et hérissé de petites saillies kystiques, — tantôt volumineux, ayant les dimensions d'une mandarine, arrondi, à surface mamelonnée ; M. le professeur Pozzi propose de donner à la première de ces formes le nom de micro-kystique et à l'autre celui de mégalo-kystique, la seconde seule intéresse le chirurgien ; mais la première n'est-elle pas le prélude de la seconde et à ce titre ne doit-elle pas être soignée elle aussi ?

Entre ces deux formes, il est toute une gamme intermédiaire, les deux éléments dominants de la lésion, la sclérose et les kystes se contre-balançant ou l'emportant l'un sur l'autre, si bien que l'on pourrait considérer quatre formes anatomiques à la maladie :

Scléreuse : dans laquelle l'ovaire dur, petit, ratatiné ne présente pas de kystes, est atrophié ;

Scléro-kystique : dans laquelle la sclérose l'emporte sur les kystes ;

Kysto-scléreuse : dans laquelle les kystes l'emportent sur la sclérose ;

Kystique : pure ou presque où les kystes sont la lésion dominante.

Ces kystes se développent presque toujours vers la surface péritonéale de l'ovaire ; néanmoins parfois ils peuvent gagner vers le hile et occuper le centre de l'organe.

Il est facile de s'en assurer à la coupe : celle-ci montre que le tissu est tantôt dur, tantôt mou, d'où la distinction de DELAUNAY et POZZI, en forme scléreuse et forme œdémateuse. Dans la première l'ovaire blanc nacré crie sous le couteau,

dans l'autre il offre une consistance molle et à la coupe laisse échapper un liquide séreux, il est œdématisé.

Les kystes contiennent un liquide citrin quelquefois, mais plus rarement hémattique. Ces kystes ont une paroi lisse ; ils sont séparés du reste de l'ovaire par une zone fibreuse. Quelquefois cette zone est lamelleuse, ce qui les rend énucléables. En d'autres points on trouve dans l'ovaire des foyers hémorragiques et des corps jaunes normaux ou kystiques eux-mêmes. Enfin les vaisseaux sont béants à la coupe.

Position de l'ovaire. — Ainsi déformé, l'ovaire est rarement à sa place : à savoir dans la fossette ovarique de KRAUSE, « gouttière angulaire mal bornée à sa partie inférieure, mais bien circonscrite en avant et en haut par la veine iliaque externe ou le nerf obturateur, en arrière par une veine utérine, l'artère utérine et l'uretère » (RIEFFEL). En avant de l'ovaire se trouve le ligament large qui forme un plan oblique en bas et en arrière sur la partie supérieure duquel est couché l'ovaire. Lorsqu'il est modifié par la lésion qui nous occupe, l'ovaire est alourdi et tombe en suivant le ligament large : il est en prolapsus : « Lorsqu'ils augmentent de volume, dit RIEFFEL, les ovaires conservent d'abord leur forme et leur situation ; puis ils tendent à s'abaisser et à se rapprocher de la ligne médiane. » VALLIN a distingué deux stades dans le prolapsus ovarique. Le premier stade est constitué lorsque l'ovaire est au-dessus du ligament utérolombaire ; le deuxième quand il est au-dessous du ligament utéro-sacré. Dans cette deuxième variété, l'ovaire peut être latéro ou rétro-utérin. Cette description est juste, bien qu'un peu trop schématique peut-être ; en effet le ligament utérolombaire n'est pas toujours bien marqué, et l'on ne peut guère compter sur lui pour baser une classification. Il faut mieux examiner la situation de l'ovaire par rapport au ligament utéro-sacré, qui lui est toujours visible et qu'en tout cas il est facile de faire saillir en tirant sur l'utérus. Toutefois chez des femmes âgées ou ayant eu beaucoup d'enfants

ce ligament n'est plus guère appréciable, et il nous paraît préférable de conserver seulement les deux variétés rétro et latéro-utérines. L'ovaire peut encore se déplacer en avant, mais ceci est beaucoup plus rare ; il faut une prédisposition particulière, un état anatomique préexistant pour que ce déplacement se réalise : nous voulons parler de l'anté-version utérine. Le déplacement de l'ovaire en arrière ou en avant, mais nous le répétons en arrière surtout, a pour conséquence le déplacement de l'utérus. Certes nous le disons de suite et nous tenons à y insister, toutes les déviations utérines ne reconnaissent pas pour cause un prolapsus ovarique, mais nous sommes très tentés d'admettre que, dans beaucoup de cas, le prolapsus ovarique a pour conséquence la déviation utérine. M. DALCHÉ, dans sa thèse inaugurale sur l'ovarite, émet l'hypothèse suivante : « L'ovaire enflammé augmente de volume, ses dimensions acquièrent jusqu'à 5 ou 6 centimètres dans tous les sens ; sa consistance devient molle, œdémateuse. Rendu plus lourd, il se précipite dans le cul-de-sac péritonéal et reste appendu le long de l'utérus, *qu'il entraîne parfois en rétro-version.* » M. DALCHÉ s'occupe surtout de l'ovarite aiguë. Il nous semble qu'*a fortiori*, dans les cas chroniques, son hypothèse est vraisemblable. Après lui, on ne semble guère admettre cette pathogénie de la rétroversion. VALLIN considère la rétro-version comme très fréquente dans les cas de prolapsus des ovaires, mais pour lui c'est elle qui engendre la lésion ovarique. BOULLY note bien des déplacements en arrière de l'ovaire kystique, mais il ne s'occupe pas de l'utérus. Toutefois M. RIEFFEL, après avoir parlé du rôle que les déplacements utérins jouent dans les prolapsus ovariens, ajoute : « On comprend que des ovaires hypertrophiés puissent influencer la position de la matrice. »

En clinique, on se trouve fréquemment en présence du cas suivant : l'ovaire est prolapsé dans le cul-de-sac postérieur, et le corps utérin est situé au-dessus de lui en rétro-version ou en rétro-flexion. Comment admettre que l'ovaire est venu secondairement se placer derrière l'utérus, ou mieux sous

l'utérus, alors que ce dernier occupe presque tout le petit bassin arrivant tout près des parois de la cavité pelvienne ? D'autre part, un ovaire sain n'a aucune raison pour se déplacer, tandis qu'un ovaire scléro-kystique dont le poids est souvent augmenté, dont les ligaments sont tirillés, à tout ce qu'il faut pour tomber en prolapsus. D'un autre côté, nous verrons que l'ovarite scléro-kystique reconnaît presque toujours pour cause la puerpéralité ; or l'on sait (MUNDÉ et VALLIN insistent sur ce point) que les ligaments de l'ovaire subissent en cas de gravidité des tiraillements qui les fatiguent, et il en résulte dans les suites de couches un relâchement ligamenteux. Or cet ovaire attaqué d'une part dans son parenchyme, selon un processus que nous étudierons, mal soutenu d'autre part par ses ligaments, ne tardera pas à tomber là où le champ est libre, c'est-à-dire en arrière, et en bas. Que deviendra l'utérus ?

Position de l'utérus. — L'utérus et l'ovaire sont solidaires dans leurs déplacements. M. RIEFFEL a insisté sur ces faits, et, dans le traité d'anatomie de POIRIER, il traite longuement la question des ligaments ovariens et montre cette solidarité de l'utérus et de l'ovaire. C'est guidé par son article si documenté que nous avons écrit ces lignes. Et c'est parce que nous pensons que ce déplacement est capital que nous insistons. L'ovaire est maintenu en place d'une part par un ligament suspenseur qui lui apporte ses vaisseaux ; d'autre part, par un repli péritonéal antérieur qui le relie au ligament large ; enfin par un ligament partant de son pôle interne et gagnant la corne utérine. Ce dernier est le plus fort. Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, le ligament suspenseur se trouve distendu par les grossesses, l'utéro-ovarien l'est beaucoup moins, car on sait que l'ovaire accompagne l'utérus grévide dans son ascension. Rien d'étonnant donc à ce que ce ligament utéro-ovarien ne soit pas relâché du fait de grossesses successives. Rien d'étonnant à ce qu'il entraîne l'utérus et le rende solidaire des déplacements de l'ovaire. Il arrive parfois que l'ovaire est placé en avant ;

dans ces cas, il existe toujours une assez forte flexion ou simplement version utérine en avant. Ce déplacement en avant est rare, et on comprend d'ailleurs fort bien que l'ovaire ait peine à suivre cette route lorsque la postérieure lui est toute tracée. MoxPROFIT, dans sa thèse sur les salpingites et ovarites, signale ces déplacements en avant. Au sujet des causes qui les produisent, il s'exprime ainsi : « Les causes qui permettent le déplacement en avant sont encore incertaines, mais les déplacements et les déviations en avant de l'utérus paraissent le favoriser, surtout l'antéflexion (l'antéversion produit un résultat inverse). Lorsque l'utérus est distendu par une grossesse assez avancée, les ovaires sont placés sur ses parties antéro-latérales. Si dans ces conditions, au moment de la délivrance, les ovaires deviennent enflammés, ils ont beaucoup plus de tendance à tomber en avant. Dans l'avortement qui survient à une période peu avancée, il n'en est pas de même, et on observe, comme dans la blennorrhagie, le classique déplacement en arrière. » Cette explication est ingénieuse, mais elle ne répond pas à la réalité des faits. Le déplacement en avant est rare, même après les suites de couches pathologiques. Tandis qu'au contraire le déplacement en arrière est très fréquent.

Il est de toute évidence d'ailleurs que la déviation utérine peut causer une déviation de l'ovaire pour les raisons que nous avons exposées : l'ovaire et l'utérus étant solidaires, « le but essentiel du ligament utéro-ovarien, dit RIEFFEL, est de s'opposer à l'écartement de l'ovaire et de l'utérus, d'associer les mouvements de ces organes ».

Preuves expérimentales. — Mécanisme. — Pensant qu'il était fort important de connaître le mécanisme de ces déplacements, nous l'avons étudié sur le cadavre. Nous avons procédé de la façon suivante : après laparotomie médiane, on va à la recherche l'utérus ; celui-ci est amarré par un fil qui passe au niveau de l'isthme ; on recherche ensuite l'ovaire et on fait sur lui une légère traction en arrière. On voit alors que le ligament utéro-ovarien se tend et que l'uté-

rus est attiré ; mais bientôt ce ligament se relâche, et si on abandonne l'utérus à lui-même, on le voit basculer en arrière en entraînant l'ovaire, qui reste accolé à sa face latérale. En somme, la déviation est en quelque sorte amorcée par le déplacement de l'ovaire, et, dès que le fond de l'utérus a dépassé l'axe du bassin, il bascule et la complète.

Nous avons répété cette expérience sur quatre cadavres d'âges divers, et toujours nous avons été témoin de ces faits : déplacement de l'utérus entraîné par le ligament utéro-ovarien, puis relâchement de ce ligament et chute en arrière de l'utérus, qui devient à son tour agent de traction entraînant l'ovaire avec lui.

Incidentement, nous avons observé, au cours de ces expériences, un fait anatomique qui a, croyons-nous, son intérêt pour la question qui nous occupe : les variations de longueur du ligament utéro-ovarien. Dans certains cas, en effet, ce ligament est court et résistant, c'est ce qu'on voit le plus souvent, tendu comme une corde entre l'ovaire et l'utérus, transversalement placé. Dans d'autres cas, au contraire, ce ligament est beaucoup moins épais et beaucoup plus long. Nous avons observé aussi ce fait sur quelques pièces opératoires. Il est à noter que c'est presque toujours à gauche que ce ligament est plus long et plus lâche. Peut-être pourrait-on expliquer de cette façon les cas de prolapsus ovarique sans déviation utérine. Nous nous bornons à enregistrer le fait.

Pour chercher à voir si l'ovaire alourdi peut, de son propre chef, entraîner l'utérus en arrière, nous avons procédé de la façon suivante.

Après laparotomie, on reconnaît la position de l'ovaire, puis quelques points de suture assurant la coaptation des viscères, on met le sujet debout, et, après lui avoir imprimé quelques mouvements dans le sens vertical, on fait sauter les points de suture. On regarde alors ce qui s'est passé : l'ovaire n'a pas bougé, et l'utérus occupe la même situation. Incisant alors le parenchyme de l'ovaire, nous avons glissé dans son intérieur quelques grains de plomb de chasse, de façon à l'alourdir. Une suture en bourse assure la fixation de ces

plombs. La paroi étant fermée, nous avons répété l'expérience précédente. A la réouverture du ventre, l'ovaire est trouvé descendu et l'utérus incliné du côté de l'organe alourdi.

Ces expériences prouvent que les déplacements de l'ovaire sont capables d'entraîner l'utérus et que les déplacements de l'utérus ont une influence sur ceux de l'ovaire. Il nous semble donc que l'ovaire, lorsqu'il est scléro-kystique, devenu plus lourd, peut entraîner l'utérus et causer ou tout au moins amorcer une rétro-version.

Jamais nous n'avons vu l'ovaire se déplacer en avant. Lorsqu'on tire sur lui pour chercher à l'amener devant, on est obligé de faire un effort plus considérable que pour l'attirer en arrière, et il est facile de se rendre compte que l'utérus n'a pas de tendance à suivre le mouvement. Au contraire, quand on imprime un mouvement en avant à l'utérus, l'ovaire suit, mais il n'a pas de tendance, à moins d'un grand déplacement utérin, à garder la nouvelle place qu'il occupe. Donc, si les déplacements de l'ovaire en arrière peuvent causer une rétro-version, ses déplacements en avant paraissent bien être toujours secondaires et en rapport avec un déplacement primitif de l'utérus.

Preuves cliniques. — D'après les faits ci-dessus exposés, nous devons en clinique trouver fort souvent associés les déplacements utérins et les ovaires scléro-kystiques, c'est ce qui arrive en effet.

Dans la thèse de CHAVIN, sur 135 malades ayant subi des opérations conservatrices, 22 ont été opérées pour ovarite scléro-kystique. Or, dans ces 22 cas, il y avait 12 rétro-versions, 2 utérus mobiles, une antéflexion; 5 fois la situation de l'utérus était normale, 2 fois elle n'est pas notée.

Dans sa thèse déjà citée, VALLIN cite la statistique de MUNDÉ, où, sur 77 cas de prolapsus, l'auteur a noté 60 fois un ovaire gros, 44 fois un déplacement utérin (33 fois en arrière, 6 fois en avant, 5 fois en prolapsus total).

Nous-même, dans les 42 observations que nous rapportons, 38 fois l'état de l'utérus est noté, 33 fois l'utérus

est déplacé, on note 23 fois la rétro-version, 6 fois l'anté-version et 2 fois l'utérus mobile.

Il nous semble donc intéressant de noter ce fait, et nous insistons sur ceci que parfois, dans l'ovarite kystique, la déviation en arrière n'est pas encore constituée, mais qu'on se trouve en présence d'un utérus mobile. En se rappelant ce que nous ont appris nos expériences sur le mécanisme du déplacement, on comprendra que, dans ces cas, il est du plus haut intérêt, au point de vue thérapeutique, de fixer l'utérus en même temps que l'on cherche à guérir l'affection ovarique.

Enfin, dans certains cas, l'utérus est trouvé en situation normale malgré la présence d'un gros ovaire prolabé. Or nous avons trouvé parfois le ligament utéro-ovarique plus long que normalement, et il est certain que chez ces sujets un prolapsus ovarique ne pouvait pas retentir sur l'utérus, étant donnée la théorie que nous soutenons. Ailleurs, l'ovaire très gros s'oppose à la rétro-version et l'utérus tiré en arrière est arrêté par l'ovaire lui-même, sur lequel il vient peser.

État de l'utérus. — Voici donc quelle est la situation réciproque de l'utérus et de l'ovaire. Un autre fait qu'il importe de noter est l'état pathologique presque constant de l'utérus. En effet la métrite, et surtout la métrite du col, se rencontre assez souvent. Ce fait a déjà été mis en relief, et BOULLY a tendance à attribuer l'ovarite scléro-kystique à une métrite chronique du col. Nous pensons qu'il y a là une grande part de vérité et que, dans nombre de cas, l'infection chronique de l'utérus est la seule cause de l'ovarite scléro-kystique.

État des trompes. — Le plus souvent les trompes sont indemnes; on trouve parfois une salpingite et un ovaire kystique d'un côté, alors que de l'autre côté l'ovaire est kystique, et la trompe n'a rien (nous avons noté ce fait 6 fois). Ailleurs les trompes sont congestionnées, rouges, elles paraissent malades, mais en réalité elles ne le sont pas.

Leur aspect les fait sacrifier trop souvent; il faut s'assurer qu'elles sont perméables. Enfin, avec l'ovaire scléro-kystique peuvent coexister des lésions chroniques de la trompe caractérisées surtout par l'épaississement des parois, de la salpingite interstitielle pouvant aboutir à l'oblitération (BOUILLY) (nous avons noté ce fait une fois).

La situation des trompes est variable; enroulées autour de l'ovaire, elles peuvent avoir leur pavillon comprimé par lui, ou bien elles restent au-dessus de l'organe.

État du péritoine. — Ovaires et trompes sont quelquefois recouverts de petites fausses membranes filamenteuses que l'on rompt facilement avec le doigt. Il est rare que ces adhérences soient très fortes dans les ovarites scléro-kystiques petites; mais il arrive au contraire, lorsque l'ovaire est très gros, qu'on le trouve adhérent en arrière et en bas. On a alors beaucoup de peine à le détacher.

Il est évident que, dans les considérations qui précèdent, nous n'avons eu en vue que l'ovaire scléro-kystique en tant que maladie distincte. Dans les grosses salpingites, on trouve parfois des ovaires kystiques. La lésion est la même, mais le traitement en est tout différent, et on ne saurait songer là à conserver les annexes. Les ovaires scléro-kystiques dans ces cas ont peu d'importance, et leur traitement ne doit pas arrêter le chirurgien.

Nous venons d'étudier l'aspect macroscopique, les rapports de l'ovaire scléro-kystique. Voyons maintenant sa structure.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE

Nous avons eu l'occasion d'examiner histologiquement sept ovaires scléro-kystiques. Ces organes furent enlevés dans les circonstances que nous allons brièvement rappeler. En même temps nous indiquerons l'aspect microscopique de l'ovaire et les lésions concomitantes de l'utérus et des trompes.

Nos pièces ont été fixées au sérum-formol, incluses à la paraffine. Colorées à l'hématéine-résine ou Van Gieson.

Pièce n° 1. — Femme de trente ans, laparotomisée en juin 1908 pour grossesse tubaire gauche non rompue. Comme passé, cette femme a déjà eu une grossesse normale depuis laquelle elle souffre du ventre. Elle vient consulter parce qu'après un retard de deux mois elle a commencé à perdre et a souffert davantage. L'examen avant l'opération ne mentionne pas la position de l'utérus. A l'opération, on trouve un hémato-salpinx dans l'ampoule gauche. L'ovaire gauche contient un volumineux corps jaune.

Les annexes droites ont été enlevées, et ce sont elles que nous avons examinées. Il n'y a pas de salpingite. La trompe est perméable. L'ovaire droit est un peu augmenté de volume ; il n'est pas oedématié ; il est dur et kystique.

Histologiquement, au faible grossissement (obj. 7), le stroma de l'organe apparaît envahi par des bandes de tissu fibreux disposées sans ordre et surtout abondantes au centre. Les vaisseaux artériels sont entourés d'une zone fibreuse, d'une péri-artérite très nette. Sans oblitération vasculaire. Les veines n'ont rien, elles sont seulement dilatées.

Dans la zone ovigère, on ne trouve pas d'ovules. On voit dans cette zone des kystes en assez grande quantité ; ceux-ci sont formés en dehors d'une zone fibreuse, en dedans d'une couche cellulaire (nous reviendrons sur ce point).

Pas d'infiltration embryonnaire nulle part.

Pièce n° 2. — Femme de vingt-cinq ans opérée une première fois il y a deux ans. On lui a fait une ablation unilatérale gauche. Pas d'hysté-

ropexie. Cette femme n'a pas cessé de souffrir depuis son opération. On l'opère à nouveau en septembre 1908. On trouve un gros ovaire kystique droit. Cet ovaire a le volume d'une mandarine. Il est tombé en arrière. L'utérus est collé contre lui, mais on ne peut dire qu'il y ait de rétro-version ; l'ovaire semble par son volume empêcher l'utérus de compléter son déplacement. Il n'y a pas de salpingite. Quelques adhérences, lâches en avant, mais très fortes en arrière et en bas. L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un ovaire surtout kystique. Il existe un gros kyste du volume d'une noix environ et deux autres plus petits. Le contenu de ces kystes est liquide, séreux, jaune-citron. L'utérus est gros. Nous n'avons pas recherché histologiquement la métrite, mais elle existait macroscopiquement.

Histologiquement, au faible grossissement (obj. 7), le stroma présente des bandes de sclérose comme dans la partie précédente. Les artères présentent de l'endo et de la péri-artérite. De plus, et ceci est très important, on note une infiltration embryonnaire autour de ces capillaires malades. Cette infiltration embryonnaire diffuse dans le stroma, mais elle est surtout marquée autour des vaisseaux artériels. Les veines sont ectasiées, mais on ne trouve pas autour d'elles la même infiltration. La couche ovigère est très amincie ; on n'y trouve pas trace d'ovules. Les kystes sont constitués de la façon suivante : on y distingue nettement deux couches : une couche interne, cellulaire, formée de cellules arrondies, assez grosses à protoplasma trouble et à gros noyau (détails visibles seulement au fort grossissement). Ces cellules sont disposées sur plusieurs rangs (deux ou trois) en certains points ; en d'autres points on les voit sur une seule couche ; en d'autres enfin elles manquent. La couche externe est fibreuse, nettement formée de bandes de tissu, séparées les unes des autres par des fentes très minces. Ces deux couches externe et interne sont séparées l'une de l'autre par un espace clair, irrégulier. On ne trouve pas d'éléments embryonnaires autour de ces kystes. A côté de ces kystes, on voit un kyste du corps jaune composé de la façon suivante : zone externe fibreuse, zone interne formée de cellules cubiques à protoplasma clair par places, trouble en d'autres ; à noyau petit occupant le centre de la cellule. Ce kyste n'a pas l'aspect arrondi et lisse des autres.

On trouve aussi de grands placards fibreux ayant un aspect nacré, strié de petites raies réfringentes. Ce sont des corps blancs.

Pièce n° 3. — Pièce provenant d'une femme âgée de trente ans environ ayant fait une fausse couche suivie d'infection. A l'opération, on a trouvé une annexite gauche non suppurée et à droite un hydro-salpinx. Les deux ovaires étaient kystiques ; on les a enlevés ainsi que les trompes. C'est le droit que nous avons pu examiner. On trouve un

corps jaune qui commence à se désagréger et à subir la transformation fibreuse.

Histologiquement, dans le stroma, on voit des bandes de tissu fibreux disposées irrégulièrement, peu serrées et très peu abondantes. Pas de lésions vasculaires, pas d'infiltration embryonnaire. Dans la couche ovigère, nombreux ovules. Deux formations rencontrées dans cette couche sont intéressantes : l'une n'est autre qu'un follicule en voie d'évolution normale, on trouve nettement le cumulus proligère ; on ne voit pas l'ovule, mais on est en droit de penser que la coupe a passé à côté. Près de ce follicule voici un kyste ; il nous semble que c'est là le début de la lésion ; en effet plus de cumulus, et commencement de désagrégation de la couche cellulaire interne.

Pièce n° 4. — Femme de trente ans, fausse couche il y a deux ans, utérus mobile ; salpingite double. Nous n'avons pas eu toute la pièce entre les mains, nous n'avons donc pas pu voir exactement l'état des trompes. Macroscopiquement, les ovaires sont très peu atteints.

Histologiquement, lésions de sclérose légère, nombreux ovules dans la couche ovigère, trois kystes présentant la structure de celui dont nous avons parlé précédemment : à savoir désagrégation de la couche cellulaire, chute des cellules dans la cavité. Pas de lésions vasculaires, pas d'infiltration embryonnaire.

Pièce n° 5. — Femme de vingt-neuf ans, antécédents inconnus, annexes droites prolapsées, pas de salpingite, utérus mobile, ovaire ayant le volume d'une grosse noix. Cet ovaire (c'est le droit) présente un kyste transparent, et on l'a enlevé comme étant scléro-kystique. Or, à l'examen histologique, on trouve qu'il s'agit d'un kyste contenant une petite végétation. Nous sommes en présence d'un kyste végétant au début et nullement d'un ovaire scléro-kystique ; le reste du stroma n'est pas scléreux, il n'y a pas d'autre kyste que celui-là.

Pièces nos 6 et 7. — Ovaires provenant d'une malade que nous avons réopérée quatre mois après l'avoir ignipuncturée. Il n'y avait pas de salpingite, même histologiquement. L'utérus était gros et nettement métritique. A la première opération, le 16 avril 1908, on avait trouvé l'utérus en rétro-flexion, les ovaires gros, scléro-kystiques surtout le droit, qui était en plus en prolapsus. La trompe droite était rouge, congestionnée, mais perméable. Les deux ovaires furent ignipuncturés, et on pratiqua une hystéropexie isthmique. Lors de la nouvelle opération le 20 août, on trouva l'utérus suspendu à la paroi par un repli péritonéal falciforme assez épais et qui soutenait bien l'organe. La trompe droite n'a plus l'aspect qu'elle avait lors de la première opération. La trompe gauche est comme la droite d'apparence saine. L'ovaire droit est un peu augmenté de volume.

Il a à peu près le même volume que lors de la première opération. On voit à sa surface quelques kystes saillants. Sa consistance n'est pas très dure ; à la coupe il apparaît bourré de kystes. A sa surface, on voit à peine les cicatrices de l'ignipuncture sous forme de petites dépressions. Il faut savoir que cet ovaire a eu des pointes de feu pour les reconnaître.

Histologiquement, on constate des lésions du stroma : bandes fibreuses et lésions vasculaires, artérielles surtout, dilatation veineuse et fentes lymphatiques en grande abondance. Ici, l'ovaire a bien l'aspect oedémateux décrit par Pozzi et DELAUNAY. Autour des artères atteintes d'endo et de péri-artérite, on trouve une infiltration embryonnaire diffusant de là dans le stroma et en certains points aboutissant par leur agglomération à la formation de véritables abcès miliaires. On ne trouve d'ailleurs cette disposition qu'en un point dans cet ovaire vers le centre de l'organe et nullement près d'un follicule. Quant aux kystes, ils présentent la structure suivante : les uns possèdent une couche granuleuse, d'épaisseur variable avec une gaine scléreuse peu marquée ; les autres présentent une couche interne, réduite à une lame hyaline sur laquelle quelques cellules tiennent encore avec une couche externe lamelleuse fibreuse assez épaisse. Entre ces deux stades extrêmes, semble-t-il, existe toute une gamme intermédiaire. Enfin autour de ces kystes, et quelle qu'en soit la structure, une zone de tissu conjonctif devenant de plus en plus lâche à mesure qu'elle s'enfonce dans l'ovaire. Ici comme sur nos autres pièces, nous avons trouvé un kyste du corps jaune, d'apparence extérieure un peu différente, car sa couche interne jaunâtre attire l'attention, sa structure ne laisse pas de doute.

En aucun point, on ne trouve d'ovules ni d'ovisacs sains. Quant aux cicatrices d'ignipuncture, on voit à leur niveau une légère dépression, un arrêt dans la continuité de la couche de revêtement de l'organe et la tendance à la cicatrisation sans lésion appréciable du parenchyme.

L'*ovaire gauche* présente des lésions plus avancées que l'ovaire droit. Au niveau d'une cicatrice, on voit le tissu fibreux. On aperçoit ses faisceaux à la place où a pénétré la pointe du thermo. Cette sclérose ne s'étend pas au reste de l'organe à ce niveau. Mais, à côté de la cicatrice, on voit deux petits foyers infectieux. Ailleurs, dans cet ovaire, on trouve des amas de cellules embryonnaires en plus grand nombre que dans l'autre. Les lésions folliculaires sont aussi plus avancées en ce sens que les kystes sont plus grands ; leur paroi est plus mince, et l'un d'eux très superficiel a même été crevé dans les manœuvres opératoires. On trouve aussi dans cet ovaire deux kystes du corps jaune. Ici on ne pourrait les distinguer sans le secours du microscope et même du fort grossissement ; alors ils apparaissent

avec leur cellules cubiques disposées sur plusieurs couches, aspect qui ne laisse aucun doute sur leur nature.

En somme, les lésions laissées par l'ignipuncture sont nulles ou à peu près, et malgré l'ignipuncture la maladie a continué à évoluer.

Des faits précédents, il résulte que dans l'affection qui nous occupe on ne trouve pas seulement des lésions folliculaires, mais encore et surtout des lésions du stroma de l'ovaire. Celles-ci sont caractérisées par :

1° De la sclérose ; cette sclérose est diffuse ; elle semble irradier des vaisseaux vers le reste de l'organe ; mais c'est là un point trop difficile à préciser pour qu'il soit permis d'en tirer des conclusions ;

2° Des lésions vasculaires et surtout des lésions artérielles. C'est une endo et une péri-artérite. La péri-artérite dominant, ces lésions artérielles sont rarement accompagnées de thrombose. Les lésions veineuses, quand il y en a, consistent en ectasie, en dilatation, mais ne s'accompagnent en aucun cas de réaction fibreuse ;

3° Une infiltration embryonnaire. Celle-ci est :

a. Absente ;

b. Localisée autour des vaisseaux artériels ;

c. Diffuse dans le stroma de l'organe ;

d. Quelquefois rassemblée en amas et revêtant l'aspect d'abcès miliaires.

Cette infiltration embryonnaire a été signalée par SCHULTZ, qui dit ne l'avoir observée que diffuse et seulement dans les cas compliqués d'annexite. SCHULTZ, qui a examiné 11 ovaires scléro-kystiques, dit aussi avoir trouvé des mastzellen dans le voisinage des follicules atrésiés ; nous n'en avons pas vu.

Les lésions folliculaires concomitantes sont constituées :

1° Par une désagrégation, puis par une chute de l'épithélium folliculaire ;

2° Par une transformation fibreuse de la thèque externe.

Nous ne pensons pas, avec Paul PETIT, que les cellules folliculaires subissent une dégénérescence graisseuse ; nous croyons qu'elles s'atrophient simplement.

Enfin il est un autre groupe de kystes qui peuvent prêter

à confusion, parce qu'ils se présentent sous des aspects différents; nous voulons parler des corps jaunes. Ceux-ci en effet peuvent se rencontrer :

1^o Soit à l'état de pureté avec leurs cellules à lutéine, et on ne saurait les confondre avec rien d'autre;

2^o Soit ressemblant à s'y méprendre à des kystes folliculaires; mais la couche cellulaire est beaucoup plus épaisse, les éléments qui la composent sont orientés en colonnades et de forme cubique, un peu allongés. Ils rappellent dans leur structure et leur ordination la couche réticulaire de la surrénale.

NATURE ET PATHOGÉNIE

L'interprétation des lésions précédemment étudiées est difficile. Tout d'abord, il nous semble que beaucoup d'ovaires sont tenus pour malades, alors qu'ils ne le sont pas. Les ovaires qui font l'objet de nos pièces 3 et 4 n'étaient guère malades. Considérés comme scléro-kystiques, ils étaient peut-être légèrement kystiques, mais n'étaient guère scléreux, et seul l'état des trompes a pu légitimer la castration. L'appréciation macroscopique est presque impossible, et le microscope seul peut trancher la question. Nous avons (pièce 5) mentionné intentionnellement un cas où l'ovaire, pris pour un ovaire scléro-kystique, présentait un kyste végétant. Nous l'avons fait pour montrer encore la difficulté du diagnostic avec cette autre lésion.

Laissons donc de côté ces pièces, qui nous montrent seulement avec quelle circonspection il faut agir lorsque l'on se trouve en présence de tels cas, et voyons les autres.

Or il nous semble que la lésion dominante est la lésion du stroma et des artères, et surtout des artères. Il semble illogique d'admettre comme BULLINS (cité par PILLIET) le fait que l'hydropisie du follicule est la première en date et que la sclérose est secondaire. Avec PILLIET nous pensons que du fait de la gêne circulatoire résultant des lésions vasculaires d'une part, d'autre part du fait de la sclérose du stroma, le follicule « ou bien ne se développe pas, ou bien subit la transformation kystique ». Ses cellules s'atrophient, car elles sont mal ou pas nourries. Si le follicule a évolué, il peut être arrêté dans son développement et donner lieu à un corps jaune dont l'évolution sera incomplète et évoluera vers la transformation kystique.

En somme, pour nous la lésion capitale est la gêne appor-

tée au développement du follicule ; la lésion folliculaire est secondaire.

Cette gêne apportée au développement du follicule, c'est la sclérose du stroma de l'ovaire ; mais comment expliquer l'apparition de celle-ci ?

Les théories proposées sont nombreuses : la grande majorité des auteurs font jouer le rôle capital à la congestion. DOLÉRIS, CONZETTE, GAZAROSSIAN, ROULLAND, ces trois derniers dans des thèses récentes, pensent que les congestions répétées de l'ovaire sont la cause de leur transformation kystique. Ils y ajoutent un état particulier du sujet, font jouer un rôle à l'arthritisme. Il nous semble que l'on n'apporte pas en faveur de cette théorie un faisceau de preuves suffisantes, et nous avouons ne pas comprendre pourquoi une femme fait de la sclérose dans ses ovaires, alors qu'elle n'en fait pas dans sa trompe, ni surtout dans sa glande mammaire. De plus il s'agit presque toujours de femmes jeunes, et ça n'est pas à ces âges que l'on a tendance à fabriquer du tissu scléreux. BOUILLY, FRAIKIN considèrent l'ovaire scléro-kystique comme une manifestation infectieuse. Il semble que les lésions constatées soient en rapport avec cette conception. Cette maladie chronique peut subir des poussées aiguës, et anatomiquement nous avons vu que certaines de nos pièces présentaient de petits abcès miliaires témoignant d'un processus essentiellement aigu. Il semble qu'entre les formes chroniques pures, essentiellement scléreuses et les précédentes, existe toute une série intermédiaire.

MONPROFIT s'exprime ainsi au sujet de l'ovaire « scléro kystique » : « On trouve tout autour de ces kystes une infiltration très marquée d'éléments embryonnaires (nous n'avons pas, pour notre compte, trouvé d'infiltration autour des kystes) ; dans quelques endroits, on rencontre des points suppurés, on est en droit de se demander si quelques-uns de ces ovaires ne deviendront pas plus tard le siège d'abcès plus ou moins étendus. Dans d'autres cas, on trouve des ovaires kystiques à la surface et présentant dans la profondeur un processus de sclérose parfois très prononcé. »

Nous ne sommes pas éloigné de penser qu'effectivement l'ovaire peut suppurar. Nous ne saurions séparer toutes ces formes, qui ne sont que les manifestations d'un même processus : processus inflammatoire, d'origine infectieuse ; infection en général très lente, mais avec poussées aiguës.

Quant au point de départ de l'infection, il est difficile à préciser. S'agit-il d'une cause générale, maladie infectieuse : scarlatine, fièvre typhoïde par exemple ? La clinique est là pour le nier ; nombreuses sont les malades qui n'ont pas eu de ces maladies et chez qui cependant les ovaires ont subi la dégénérescence scléro-kystique. Peut-être une de ces maladies a-t-elle pu déterminer une lésion ovarienne aiguë qui a passé à l'état chronique ; mais ces cas d'ovarites sont vraiment trop rares, trop peu connus, pour qu'il soit permis de baser dessus une conception étiologique.

L'infection est plus certainement de cause locale. BOULLY, qui ne croit pas à l'infection de cause générale, pense qu'il peut y avoir infection de dehors en dedans, des poussées de pelvi-péritonite déterminant l'infection ovarienne. Nous avons vu que l'on trouvait souvent des exsudats péritonéaux, des petites fausses membranes, qui attestent du processus inflammatoire. Mais, d'un autre côté, on ne comprend pas très bien alors pourquoi les lésions se trouvent plutôt au milieu de l'ovaire et nullement à sa périphérie. Peut-être la péritonite agit-elle sur le hile de l'organe et l'infection se trouve-t-elle ainsi propagée aux vaisseaux. De plus, en enserrant l'ovaire, les fausses membranes gênant sa circulation empêchent le développement folliculaire, et ces cas correspondraient à ceux où on ne trouve que des kystes et de l'œdème sans lésions infectieuses concomitantes appréciables.

BOULLY croit que, dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une infection d'origine utérine et surtout d'origine cervicale. C'est en effet ce qui se voit le plus souvent. Dans le passé des malades, on trouve presque toujours une cause d'infection ; tantôt il s'agit d'un accouchement qui fut suivi d'accidents fébriles, tantôt il s'agit d'un accouchement qui s'est

effectué normalement; les suites de couches ont été simples, sans fièvre; mais, depuis le moment où elle s'est levée, la malade n'a pas cessé de souffrir du ventre; elle a des pertes blanches abondantes; ou bien il s'agit d'un avortement qui fut suivi d'accidents infectieux ou douloureux. La blennorragie peut, elle aussi, être mise en cause, mais cela est beaucoup plus rare, et l'on sait d'ailleurs combien il est difficile de faire un diagnostic rétrospectif de blennorragie chez la femme.

Cliniquement les faits sont bien en faveur de cette théorie, puisque, sur 29 cas où nous trouvons notés les antécédents des malades, on trouve 14 fois un ou plusieurs accouchements, 8 fois un avortement, une fois seulement la blennorragie; les 6 cas restants sont d'une étiologie douteuse.

Quant aux voies suivies par l'infection, celle qui paraît la plus logique est la voie lymphatique; mais les lymphatiques de l'utérus ne communiquent pas avec ceux de l'ovaire: c'est là un des grands arguments que ROULLAND et GAZAROSSIAN opposent à FRAIKIN, qui, après BOUILLY, est partisan de la théorie infectieuse et de l'infection par voie lymphatique. Toutefois on sait que « le pédicule principal des collecteurs lymphatiques du corps utérin comprend quatre à cinq troncs qui apparaissent au-dessous de la corne utérine. Ces vaisseaux suivent d'abord le segment terminal de l'utérine, puis passent au-dessous de l'ovaire et sont rejoints à ce niveau par les vaisseaux émanés de cette glande » (POIRIER et CUNÉO). De plus, les lymphatiques du col et du corps s'anastomosent largement sur les bords de l'utérus.

Une grande partie des lymphatiques utérins passent donc tout près de l'ovaire, et, bien qu'aucune communication n'ait été constatée anatomiquement entre les lymphatiques des deux organes, on peut émettre l'hypothèse que celle-ci existe. Les techniques employées pour l'étude des lymphatiques sont d'une exécution si difficile qu'on ne saurait absolument se baser sur leurs résultats, surtout quand la clinique plaide en faveur de l'anastomose.

Enfin on est en droit de se demander, étant données les

constatations anatomiques et la présence d'éléments embryonnaires autour des vaisseaux artériels, si ça n'est pas là la voie suivie par l'infection.

Toutes les ovarites scléro-kystiques sont-elles dues à l'infection ? Nous ne le pensons pas. Pour résoudre cette question, il faudrait pouvoir examiner plus d'ovaires scléro-kystiques que nous n'avons pu le faire. Sans aller comme SCHULTZ jusqu'à attribuer l'évolution kystique des follicules à des troubles nerveux, on ne peut s'empêcher de remarquer que les malades ptosiques présentent parfois cette dégénérescence ovarienne (nous l'avons vu une fois, obs. VI). Et peut-être y a-t-il là un état particulier qui fait que ces ovaires sont incapables de donner des ovules ou tout au moins une ovulation normale.

Nous le répétons, ce qu'on appelle la dégénérescence scléro-kystique des ovaires n'est pas une maladie distincte; macroscopiquement caractérisée par une évolution anormale du follicule, elle présente anatomiquement des lésions variables, le plus souvent des lésions du stroma; seules les lésions folliculaires restent semblables dans toutes les formes.

Mais, dans la très grande majorité des cas que nous avons à traiter, il s'agit d'une lésion infectieuse, d'une ovarite chronique.

REMARQUES CLINIQUES

Des faits précédents, il résulte qu'il y a lieu de tenir compte de deux facteurs dans l'interprétation des symptômes de l'affection qui nous occupe :

1° La nature infectieuse de la maladie, l'état inflammatoire de l'ovaire ;

2° Le déplacement de l'ovaire et le déplacement de l'utérus presque toujours concomitant.

En lisant attentivement les observations des malades opérées pour ovarites scléro-kystiques, on voit que les douleurs se rattachent nettement à ces deux causes et que celles-ci se combinent pour aboutir à un syndrome complexe difficile à débrouiller.

Les malades se plaignent du bas-ventre, les douleurs présentent leur point maxima un peu au-dessus du milieu de l'arcade crurale; elles irradient dans l'aîne et dans les lombes. Or le siège au-dessus de l'arcade crurale, l'irradiation dans l'aîne, sont des symptômes attribuables à l'ovaire ; l'irradiation dans les lombes est attribuable à l'ovaire et à l'utérus. Ces douleurs sont plus ou moins vives; elles sont continues ou surviennent par crises (poussées aiguës d'ovarite).

Les règles sont douloureuses, ou mieux la période pré-menstruelle est douloureuse, et les douleurs cessent dès que le sang commence à s'écouler. Ce dernier point est pour nous capital; les rétro-versions et aussi les antéversions ou mieux les rétro-flexions et aussi les antéflexions présentent ce caractère de provoquer des douleurs quelques jours avant l'apparition des règles, douleurs qui cessent dès que le sang apparaît dans la très grande majorité des cas. Ces douleurs menstruelles, quelle que soit la modalité, sont presque

pathognomoniques des déviations utérines et surtout des flexions. VINOT a insisté sur ces faits dans sa thèse. On en trouvera de nombreux exemples dans nos observations.

Les règles ne sont pas seulement douloureuses, elles sont longues et irrégulières. Nous pensons que souvent on attribue aux ovaires des métrorragies qui ne sont autres que des ménorragies. C'est l'opinion de BOULLY. Nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que, sur 42 observations que nous rapportons, pas une fois nous n'avons observé de métrorragies au cours de l'ovarite scléro-kystique. Ceci n'est pas tout à fait exact : une de nos malades (obs. XXIII) est venue consulter parce que, ayant fait une fausse couche quatre mois avant, elle souffrait et perdait sans cesse. Il est vraiment difficile, dans ce cas, de rattacher les hémorragies à l'ovaire. Quoi qu'il en soit, nous verrons plus loin que les troubles menstruels ont disparu après redressement utérin, bien que l'ovarite n'ait pas été guérie.

Quant aux douleurs, nous pensons que, dans la grande majorité des cas, le déplacement utérin joue un rôle capital dans leur production. M. le professeur POZZI soutient que la rétro-version n'est douloureuse que du fait des lésions annexielles concomitantes. Dans un mémoire publié en 1897 dans la *Revue de gynécologie*, il réagit contre les idées de VELPEAU, qui, ayant découvert les déplacements de l'utérus, leur rapportait trop souvent tous les troubles observés chez les malades.

Peu après, JAYLE publiait avec de LIMA une série de 76 observations de malades atteintes de rétro-version. Seules étaient douloureuses les rétro-versions qui s'accompagnaient de lésions annexielles (presque toujours d'ailleurs une ovarite scléro-kystique). Or, s'il est vrai qu'il existe un grand nombre de rétro-versions non douloureuses, il n'en est pas moins vrai que la rétro-version (ou l'antéversion) est une cause de douleurs dans l'annexite. Douleurs se produisant soit du fait du tiraillement de ligaments unissant l'utérus à l'ovaire malade, soit du fait de la compression exercée par l'utérus déplacé sur ledit ovaire. Est-il besoin d'ajouter que

les formes de beaucoup les plus douloureuses sont celles où l'ovaire est en prolapsus rétro-utérin, l'utérus étant en rétro-flexion complète.

Donc, sans nier le rôle individuel que joue l'ovarite dans la pathogénie des douleurs, nous estimons qu'il convient d'en faire jouer un autre, au moins aussi grand, au déplacement utérin. Nous verrons d'ailleurs la preuve de ces faits un peu plus loin en étudiant les résultats du traitement.

TRAITEMENT

Pour traiter l'ovaire scléro-kystique, plusieurs procédés s'offrent à nous.

L'opération radicale, la castration, compte de nombreux partisans. Nous ne nous attarderons pas à la discuter, ayant surtout en vue dans ce travail les opérations conservatrices.

Celles-ci ne doivent pas s'adresser uniquement à l'ovaire; elles doivent aussi s'adresser à l'utérus, et il convient de toujours accompagner les opérations conservatrices ovariennes de la fixation utérine. Ceci est la conséquence de ce que nous avons étudié précédemment.

Cette ligne de conduite est d'ailleurs suivie par un grand nombre de chirurgiens : CHAVIN, dans sa thèse où il analyse les observations de M. Pierre DELBET, qui a coutume de toujours fixer l'utérus, constate que les cas douloureux après opération sont moindres lorsqu'on a fixé l'utérus que lorsqu'on l'a laissé libre.

M. HARTMANN fait toujours l'hystéropexie dans ses opérations conservatrices.

M. WALTHER fait de même, et son élève FERRY, dans sa thèse sur les divers procédés d'hystéropexie, insiste sur ce point.

M. Pozzi considère que le traitement des annexes seules est suffisant, il ne fait pas l'hystéropexie systématiquement; mais il nous semble que plusieurs des malades opérées par lui ont présenté après l'opération des symptômes qu'il y a peut-être lieu de rapporter à la rétro-version.

Des différents procédés employés pour fixer l'utérus, nous n'avons pas à discuter ici. Disons seulement que les malades cités dans cette thèse ont toutes été hystéropexiées par le procédé suivant : deux catguts le plus souvent, parfois un ou trois, sont passés au niveau de l'isthme utérin et à travers toute

l'épaisseur de la paroi moins la peau. C'est l'hystéropexie isthmique, dont les excellents résultats ont été publiés dans un article récent de DELBET et CARAVEN.

Les opérations sur l'ovaire sont variables. Disons d'abord qu'il est de toute évidence que l'on ne doit pratiquer d'opérations conservatrices que dans les cas où la trompe n'est pas malade. Si on a quelques doutes sur son état, on la cathétérise afin de s'assurer de sa perméabilité. Quant aux opérations à pratiquer, nous ne citons que pour mémoire la ponction à travers les parois vaginales, ou encore la rupture brusque du kyste obtenue en pressant celui-ci entre les doigts. Ces procédés conseillés par HOWARD O'KELLY ne sont guère satisfaisants. La ponction est aveugle et d'autant plus difficile à réaliser qu'il s'agit en général de kystes petits, quant à la rupture du kyste que l'on ferait éclater, comme d'aucuns le conseillent pour les kystes synoviaux du poignet, c'est un procédé qui nous paraît un peu brutal.

La laparotomie est indispensable pour traiter cette affection.

On peut réséquer un fragment de l'organe malade, celui qui paraît le plus atteint, ou celui qui fait saillie sous forme de kyste à la périphérie de l'organe. On enlève encore un fragment d'ovaire assez considérable surtout pour le décongestionner (DUDLEY); puis on adosse les deux tranches par un surjet qui fait en même temps l'hémostase. A. MARTIN a été un des premiers à faire ces résections partielles. Le professeur POZZI en décrit la technique, et depuis on voit partout reproduite la façon de faire cette opération très simple.

Certes, ces résections partielles de l'ovaire sont intéressantes. Elles enlèvent le plus gros de la lésion, mais elles n'enlèvent pas tout : nous avons vu que les lésions de l'ovaire scléro-kystique étaient diffuses, et nous pensons que les opérations conservatrices constituées par des résections partielles ne réalisent pas une opération idéale. On détruit bien le kyste ou les kystes les plus saillants, on enlève bien une partie, la plus grosse partie de l'ovaire malade, mais on

n'a pas détruit la cause, et le processus de sclérose, le processus infectieux, n'est pas enrayé du fait de l'opération. Il faut donc chercher autre chose.

Le professeur Pozzi a introduit en France l'ignipuncture. Il commence à l'employer en 1892, et en 1897 il publie un certain nombre d'observations fort encourageantes. Pour lui, en effet, il ne s'agit pas seulement de détruire les kystes, mais encore d'agir sur le stroma de l'ovaire ; « il n'est pas douteux, dit-il en propres termes, que l'action du fer rouge ne soit essentiellement modificatrice et n'agisse, selon le mot des anciens, à la manière d'un énergique fondant dans les inflammations chroniques de l'ovaire comme dans celle de tous les autres tissus ». M. le professeur Pozzi envisage ensuite l'état de l'ovaire ignipuncturé et se demande ce que devient l'organe abandonné dans le ventre ; « l'action du fer rouge peut-elle amener la sclérose. Certes, il en serait ainsi dans le cas où la cautérisation serait suivie de la chute de l'escarre par suppuration et granulation. Mais le processus est tout différent dans l'intérieur de la cavité péritonéale ; il est essentiellement aseptique : l'escarre est résorbée molécule à molécule sans travail inflammatoire, sans prolifération embryonnaire susceptible de s'organiser en tissu conjonctif inodulaire ». M. Pozzi est revenu sur ces idées et à une récente discussion de la Société d'obstétrique gynécologie et pédiatrie, il a déclaré ne plus faire d'ignipuncture à cause des lésions destructives sclérosantes qu'elle entraîne.

Rien n'est plus simple que de pratiquer cette opération : le ventre ouvert, on va à la recherche des ovaires, on les attire l'un après l'autre au dehors ; avec la fine pointe du thermo, on ponctionne les kystes, puis on enfonce la pointe de distance en distance, à intervalles de 2 à 3 centimètres et à une profondeur variable selon les lésions. S'il se produit une hémorragie, un petit surjet au catgut assure l'hémostase.

La gravité opératoire est nulle : sur nos 42 cas, nous n'avons pas observé d'accident. DELAUNAY note une légère élévation de température dans les jours qui suivent. Nous

n'avons pas été témoin de ce fait. Signalons seulement des douleurs assez vives que ressentent les malades en se réveillant. Ces douleurs sont plus fortes qu'après une autre laparatomie ; mais elles durent peu.

Appréciation du procédé. — Deux points sont à étudier : d'une part l'ignipuncture est-elle nuisible ? d'autre part, est-elle utile ?

1° L'ignipuncture est-elle nuisible ?

Il est plusieurs façons de savoir si l'ignipuncture est nuisible.

a. Nous avons ignipuncturé les ovaires d'une lapine. Trois mois après, nous avons ovariectomisé l'animal et examiné ses ovaires. On ne voyait à la surface de l'organe que de petites dépressions, seules traces de notre opération antérieure. A l'examen histologique, il y avait bien du tissu fibreux, mais uniquement au niveau des points ignipuncturés, et les ovaires contenaient des ovules et des ovisacs aussi normaux que si l'organe n'avait été l'objet d'aucune manœuvre.

Anatomiquement donc, en ovaire sain, les pointes de feu ne font pas de mal.

b. L'ovaire ignipuncturé est capable de donner des ovules normaux, et les femmes opérées peuvent devenir enceintes. M. le professeur Pozzi, sur 51 cas d'ignipuncture avec malades revues, a noté 11 grossesses consécutives. Deux n'évoluèrent pas normalement, et les femmes avortèrent à deux mois environ.

Dans nos observations sur 25 malades revues, 8 sont devenues enceintes et 6 ont accouché normalement. Il ne faut pas oublier que 10 de nos malades ont été revues peu de temps après l'opération et qu'il est alors assez difficile de statuer sur leur fécondité. C'est en général au moins six mois après l'opération que les malades deviennent enceintes. Cependant, dans un cas (obs. XXV), la malade est devenue enceinte trois mois après sa sortie de l'hôpital.

Il ne nous semble pas que les avortements constatés puissent être mis sur le compte de l'ignipuncture. De toute façon, nous ne pouvons que faire remarquer cette proportion assez forte de grossesses consécutives à l'opération.

Nous pouvons conclure en faveur de l'ignipuncture, qui semble bien ne gêner en rien la fonction ovarienne.

Mais si l'ignipuncture ne nuit pas, est-elle capable de guérir les malades ?

2° L'ignipuncture est-elle utile ?

Pour juger des résultats curatifs de l'ignipuncture, il ne faut pas se contenter d'un examen superficiel des malades revues.

Beaucoup sont en effet soulagées, quelques-unes guéries radicalement, d'autres continuent à souffrir comme avant l'opération.

Il importe d'examiner avec soin les symptômes afin de les rattacher à leur véritable cause.

a. Voyons d'abord les troubles menstruels.

OBSERVATION II. — Troubles menstruels caractérisés surtout par une vive douleur survenant avant les règles et disparaissant dès que le sang commence à s'écouler. La malade, revue quatre mois après l'opération, ne présente plus ces troubles.

OBSERVATION III. — Antéflexion. Malade souffrant continuellement avant les règles qui sont irrégulières, est soulagée dès qu'elles apparaissent. Revue quatre mois après l'opération : les douleurs ont disparu, les règles sont normales bien qu'un peu longues (huit jours).

OBSERVATION IV. — Pas d'observation clinique. La malade, revue trois ans après l'opération, dit que ses règles sont longues, mais non douloureuses comme avant son opération.

OBSERVATION VI. — Antéversion. Règles très douloureuses. Malade revue six mois après l'opération : pas d'amélioration (l'hystéropexie n'a pas tenu).

OBSERVATION VII. — Pas d'observation clinique. Mais la malade, revue un an et trois mois après l'opération, dit qu'elle ne souffre plus avant ses règles comme avant d'être opérée.

OBSERVATION VIII. — Pas d'observation clinique. Malade revue un an et trois mois après l'opération : pas d'amélioration, les règles sont douloureuses comme antérieurement (l'hystéropexie n'a pas tenu).

OBSERVATION IX. — Pas d'observation clinique. Malade revue un an après l'opération : douleurs diffuses au moment des règles.

OBSERVATION XI. — Avant l'opération, douleurs au moment des règles. Malade revue trois mois après, pas d'amélioration (réopérée).

OBSERVATION XII. — Douleurs vives au moment des règles avant l'opération. Malade revue trois ans après : ses douleurs n'ont pas reparu.

OBSERVATION XIII. — Douleurs au moment des règles. Opérée (1898) revue en 1899, bon état. Plus de douleurs. Accouchement suivi d'infection en 1904 ; les douleurs reparaissent et, en 1907, sont aussi intolérables qu'avant la première opération.

OBSERVATION XIV. — Avant l'opération, douleurs au moment des règles. Revue deux ans après, les règles sont régulières et non douloureuses.

OBSERVATION XVII. — Pas d'observation clinique. Revue un an après ; les règles sont un peu douloureuses, l'utérus est en bonne position.

OBSERVATION XVIII. — État des règles pas noté avant l'opération. Revue cinq ans après, règles régulières non douloureuses.

OBSERVATION XXII. — Règles très douloureuses avant l'opération. Revue trois ans après, règles normales non douloureuses.

Donc, sur 10 malades qui présentaient avant l'opération des troubles menstruels, caractérisés par : des douleurs pré-menstruelles, un écoulement anormal, une irrégularité dans l'apparition; cinq sont complètement guéries, une se considère comme guérie bien qu'elle ressente encore quelques douleurs au moment de ses règles, une autre a été guérie pendant six ans (obs. XIII) ; à ce moment la déviation utérine s'est reproduite, et les règles ont été à nouveau troublées ; deux autres n'ont pas eu d'amélioration, mais l'hystéropexie n'a pas tenu. Enfin une malade n'a eu qu'une légère amélio-

ration après l'opération ; les troubles menstruels sont réapparus presque tout de suite et joints aux autres symptômes ont nécessité l'opération radicale. A côté de ces 10 cas, il en est quatre autres où l'état antérieur n'avait pas été noté ; mais les malades revues et interrogées au point de vue qui nous occupe en ce moment n'accusent aucun trouble.

Or ces douleurs menstruelles sont presque caractéristiques des déviations utérines, que celles-ci aient lieu en avant ou en arrière. Il semble donc que les troubles accusés ont été surtout guéris par l'hystéropexie et que les mettre sur le compte de l'ovarite est une erreur d'interprétation. A noter l'observation XIII fort concluante : cette femme recommence à avoir des troubles menstruels dès que sa déviation s'est reproduite.

Quant aux métrorragies, on les trouve signalées dans une observation (obs. XXIII), et encore elles paraissent bien là être sous la dépendance d'une fausse couche. A noter ce point très important qu'elles ont disparu par l'hystéropexie et l'ignipuncture.

b. les douleurs en dehors des règles.

OBSERVATION I. — Malade opérée en 1906. En Janvier 1908, crise douloureuse ayant les caractères d'une crise d'appendicite. Opérée à nouveau en février 1908. Douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. A l'opération, l'utérus est bien fixé, l'ovaire droit est normal, le gauche est scléro-kystique, on l'ignipuncture. Appendicectomie. En octobre 1908, cette malade continue à souffrir.

OBSERVATION II. — Avant l'opération, douleurs ayant leur siège maximum dans la fosse iliaque droite irradiant dans les lombes et dans le pli de l'aîne. Revue quatre mois après l'opération : cessation des douleurs.

OBSERVATION III. — Douleurs surtout à droite irradiant dans les aines et dans les lombes. Troubles digestifs, constipation. Revue quatre mois après l'opération, la malade ne présente plus de douleurs ni de troubles digestifs.

OBSERVATION IV. — Pas d'observation clinique avant l'opération. La malade revue trois ans après nous dit que depuis l'opération elle souffre

beaucoup moins. Elle accuse des douleurs dans la région gastrique, et la palpation profonde de la fosse iliaque droite est douloureuse.

OBSERVATION V. — Avant l'opération, douleurs vives dans l'abdomen avec maximum à droite. Revue quatre mois après l'opération. Guérie.

OBSERVATION VI. — Douleurs vagues dans le ventre depuis cinq ans ; depuis deux ans ces douleurs sont continuelles et localisées dans la fosse iliaque droite ; elles irradient dans les lombes ; leur point maximum est situé à droite un peu au-dessus du milieu de l'arcade crurale. Douleurs pendant la digestion. Constipation habituelle. Revue quatre mois après l'opération, aucun soulagement.

OBSERVATION VII. — Pas d'observation clinique, mais la malade revue un an après l'opération dit qu'elle ne souffre plus continuellement comme avant.

OBSERVATION VIII. — Pas d'observation clinique. Revue un an et trois mois après l'opération, douleurs continuelles.

OBSERVATION IX. — Pas d'observation clinique. Revue un an après, ne souffre plus en dehors des règles.

OBSERVATION X. — Douleurs surtout à droite au-dessus de l'arcade crurale, douleurs continuelles avec exacerbation. Revue quatre mois après l'opération, cessation des douleurs.

OBSERVATION XI. — Douleurs dans le bas-ventre irradiant dans les lombes. Revue quatre mois après l'opération ; même état, réopérée.

OBSERVATION XII. — Douleurs continuelles. Revue quatre mois après ; ces douleurs ont complètement disparu.

OBSERVATION XIII. — Douleurs continuelles avant l'opération. Revue un an et trois mois après. Bon état. Revue neuf ans après, les douleurs ont reparu.

OBSERVATION XIV. — Douleurs continuelles avant l'opération. Revue deux ans après, ne souffre plus.

OBSERVATION XV. — Douleurs continuelles avant l'opération. Revue un an après, pas d'amélioration.

OBSERVATION XVI. — Douleurs continuelles avant l'opération. Revue vingt et un mois après, plus de douleurs.

OBSERVATION XVII. — Douleurs continues avant l'opération. Revue un an après, continue à souffrir bien qu'améliorée.

OBSERVATION XX. — Pas d'observation clinique. Revue cinq ans après, disparition des douleurs.

OBSERVATION XXIII. — Douleurs vives avant l'opération. Revue deux ans après, bon état.

OBSERVATION XXIV. — Crises douloureuses avant l'opération. Revue un temps non indiqué après l'opération, ne souffre plus.

Sur 19 malades qui avant leur opération souffraient de vives douleurs abdominales : 9 paraissent complètement guéries ; toutefois il importe de faire remarquer que 2 de celles-ci ont subi une ablation unilatérale ; 3 autres ont été très améliorées ; 7 autres n'ont tiré aucun bénéfice de leur opération. La proportion d'insuccès est donc considérable. Il est vrai que dans un cas il s'agit d'une malade atteinte de ptoses multiples et chez laquelle l'hystéropexie n'a pas tenu (obs. VI). Dans d'autres cas, il y a de la salpingite. De plus, certaines ont très nettement des troubles dus à l'entérocolite.

c. Les résultats fournis par le toucher.

Ce sont les signes physiques ; c'est le toucher qui va nous permettre de juger de l'état des ovaires après l'opération et par là des résultats de l'ignipuncture.

Or voici ce que nous a donné cet examen.

OBSERVATION I. — Malade opérée une première fois en juin 1906. Réopérée en février 1908, l'ovaire droit seul est normal ; le gauche est encore scléro-kystique. La malade n'a pas été touchée après la deuxième opération.

OBSERVATION III. — Au toucher, quatre mois après l'opération, on trouve une masse non douloureuse d'ailleurs à gauche. Les deux ovaires, mais surtout le gauche, ont été trouvés kystiques à l'opération. Le gauche a même subi en plus de l'ignipuncture une résection partielle.

OBSERVATION IV. — Malade touchée trois ans après l'opération ; le cul-de-sac gauche n'est pas dépressible ; une masse dont la pression est

douloureuse bombe dedans. A l'opération, les deux ovaires avaient été trouvés gros et scléro-kystiques.

OBSERVATION VI. — Malade touchée sept mois après l'opération, l'ovaire gauche est un peu gros et douloureux. A l'opération, il avait été trouvé kystique et gros et avait repris son volume après avoir été ignipuncturé.

OBSERVATION VII. — Malade touchée un an et cinq mois après l'opération. L'ovaire droit est gros, mais non douloureux. A l'opération les ovaires avaient été trouvés kystiques et entourés d'adhérences lâches.

OBSERVATION VIII. — Touchée un an après l'opération, l'ovaire droit est gros et douloureux. A l'opération on avait trouvé les deux ovaires kystiques, surtout le droit.

OBSERVATION XI. — Malade touchée trois mois après l'opération, on trouve un gros ovaire gauche, l'ovaire droit est gros aussi. A l'opération on avait trouvé les deux ovaires malades, mais surtout le droit. Cette malade a été réopérée (l'état de ses ovaires est étudié au chapitre : *Anatomie pathologique*).

OBSERVATION XIII. — Malade touchée un an et trois mois après l'opération; les annexes droites sont augmentées de volume et douloureuses. A l'opération on avait enlevé les annexes gauches; l'ovaire droit avait été trouvé scléro-kystique et il n'y avait pas de salpingite.

OBSERVATION XIV. — Malade touchée un an et quatre mois après l'opération. Les annexes sont perceptibles mais mobiles et non douloureuses. A l'opération on avait trouvé des ovaires kystiques et petits.

OBSERVATION XV. — Malade touchée un an après l'opération. Les annexes sont adhérentes et augmentées de volume, douloureuses. A l'opération on avait trouvé des ovaires kystiques.

OBSERVATION XVIII. — Malade touchée un an après l'opération. On trouve les annexes gauches grosses et douloureuses. A l'opération on avait enlevé les annexes droites pour salpingite; l'ovaire gauche avait été trouvé gros et scléro-kystique.

OBSERVATION XX. — Malade touchée neuf ans après l'opération; les annexes sont un peu grosses, mais non douloureuses. A l'opération on avait trouvé des ovaires scléro-kystiques.

OBSERVATION XXI. — Malade touchée cinq ans après l'opération. Les annexes sont perceptibles, mais non douloureuses. A l'opération on avait trouvé de gros ovaires scléro-kystiques, et dans le droit on avait réséqué un kyste gros comme une noisette.

Des 14 malades revues et touchées un temps variable après l'opération, 8 conservent des lésions consistant en annexes grosses et douloureuses, 2 ont dû être réopérées (obs. I et XI). Chez 5 autres on trouve dans un ou deux culs-de-sac une masse qui indique que la lésion n'est pas guérie. Dans un cas, la palpation du cul-de-sac est douloureuse, bien que les annexes ne soient pas augmentées de volume.

Il est à noter que, dans quelques cas, un côté trouvé sain à l'opération a été pris secondairement et qu'on trouve de ce côté de la salpingite.

Il semble donc que l'ignipuncture ne rend pas les services que l'on était en droit d'attendre d'elle. Si en effet, dans un certain nombre de cas, les douleurs ont cessé et le résultat de l'opération peut être considéré comme favorable, lorsqu'on examine les malades, qu'on les touche, et qu'on peut ainsi s'assurer de l'état des annexes, on est surpris de constater que la guérison réelle de la lésion n'est pas obtenue et que toujours il en reste des vestiges, non douloureux c'est possible, mais n'en existant pas moins. BURRAGE a constaté aussi ce fait après les opérations conservatrices sur les annexes. Comme les opérations pratiquées ont été complexes, nous devons donc logiquement attribuer à autre chose qu'à l'ignipuncture la guérison constatée, et cette autre chose est, croyons-nous, la fixation utérine.

Dans beaucoup de cas, l'appendice a été enlevé. On l'a fait plutôt à titre préventif qu'à titre curatif. Il y a en effet tout intérêt à faire profiter les malades d'une laparotomie. Mais on ne saurait attribuer à cette opération complémentaire le mérite de la guérison, puisque ces appendices ne présentaient macroscopiquement aucune lésion.

Une objection sérieuse à faire au sujet de ce qui précède, c'est le nombre relativement minime de malades que nous

avons revues. Nous aurions voulu pouvoir recueillir un nombre d'observations plus considérable. Malheureusement cela nous a été impossible. Nous pensons cependant que nos 25 observations nous permettent d'apprécier les résultats de l'opération, surtout en ayant soin d'analyser les symptômes présentés par les malades avant et après, comme nous l'avons fait.

De plus, 10 malades ont été revues un peu tôt; mais nous voyons par l'étude de l'ensemble que, lorsqu'elles recommencent à souffrir, c'est de suite après l'opération. Si les résultats immédiats sont bons et qu'ultérieurement des troubles apparaissent à nouveau, on est en droit d'incriminer non pas un insuccès opératoire, mais une infection nouvelle, une récurrence sous l'influence d'une cause analogue ou non à celle qui antérieurement avait déjà amené la lésion ovarique.

Par exemple, la malade qui fait l'objet de notre observation XIII a été guérie jusqu'au moment où, à la suite d'un accouchement, elle fit de l'infection à nouveau.

d. Résultats fournis par l'examen de pièces provenant de malades réopérées.

Un dernier moyen de savoir si l'ignipuncture est utile consiste à étudier les pièces provenant de malades réopérées. Les auteurs, qui ont eu entre les mains de telles pièces, ont surtout eu en vue l'état des lésions produites par l'ignipuncture. M. le professeur Pozzi donne un dessin qui nous montre une partie d'ovaire ignipuncturé; on y voit des débris charbonneux, pas de sclérose, mais il ne dit pas quelles constatations anatomiques il a faites au point de vue des modifications apportées à la marche de la dégénérescence scléro-kystique. PICHÉVIN condamne l'ignipuncture, parce qu'il a vu des traces de sclérose dans un ovaire ignipuncturé.

M. DOLÉRIS, dans une discussion récente, ne se montre pas partisan de l'ignipuncture profonde; il la considère comme capable d'engendrer de la sclérose. Le professeur Pozzi, promoteur de la méthode, avoue ne plus employer l'ignipuncture, toujours à cause des lésions de sclérose dont il la rend responsable.

Or qu'avons-nous vu dans la pièce expérimentale dont nous avons parlé au premier paragraphe de ce chapitre ? Ignipuncturé, l'ovaire de notre animal n'a pas été envahi par la sclérose en dehors de l'endroit des cicatrices. Dans les pièces provenant de notre malade réopérée, on trouve dans l'un des deux ovaires seulement des cicatrices fibreuses assez étendues, dans l'autre on en trouve juste à l'endroit ignipuncturé. Ce fait nous semble explicable, un de ces deux ovaires présentant des lésions beaucoup moins aiguës que l'autre ; et nous pensons que c'est seulement lorsqu'elle s'adresse à des lésions subaiguës, à des ovaires présentant des foyers infectieux mal éteints ou en évolution, que l'ignipuncture peut produire du tissu fibreux. Mais, en tout cas, nous n'avons pas vu l'envahissement fibreux occuper une grande partie du reste de l'organe.

Quoi qu'il en soit, ce raisonnement n'a guère qu'un intérêt théorique, et il ne saurait être tourné en faveur de l'ignipuncture.

Celle-ci n'a pas empêché la lésion d'évoluer dans l'un comme dans l'autre ovaire. Elle n'a pas enrayé les lésions, et nous avons vu que même au contact, ou presque, de l'endroit où était passé le fer rouge, s'étaient développés des kystes ou des foyers infectieux. Chez la malade, qui a subi pour une deuxième fois une opération conservatrice, on a trouvé des ovaires kystiques comme à la première opération (obs. I).

Comme l'a dit M. DOLÉRIS, l'ignipuncture détruit les lésions existantes ; mais elle n'attaque pas la maladie dans son essence.

Quel traitement convient-il donc d'appliquer à l'ovarite scléro-kystique ? Nous venons de voir que l'ignipuncture ne suffit pas à arrêter l'évolution de la maladie, et nous avons dit ce que nous pensions des résections partielles.

Faudra-t-il alors sacrifier de parti pris les ovaires malades ? Nous avons vu combien il était difficile d'apprécier le degré de dégénérescence de ceux-ci, et on s'expose, en étant trop radical, à enlever des glandes encore très capables de fonctionner.

Il convient donc de sacrifier les ovaires uniquement lorsque ceux-ci sont macrospectiquement très malades, atrophies, ou bien ne présentent aucune partie saine. On pourra s'en assurer en les fendant transversalement, comme le conseille BURRAGE.

Si l'ovaire est d'un état douteux, examiner les trompes, songer qu'elles peuvent être congestionnées sans pour cela être malades, sont-elles scléreuses, il faut les cathétériser afin de voir si elles sont perméables. Les trompes sont-elles saines, il faut à tout prix conserver les ovaires ou tout au moins un ovaire. L'ignipuncture ne doit pas être proscrite, bien qu'elle ne donne pas un résultat idéal. C'est encore ce que nous possédons de mieux.

De toute façon, quelle que soit l'opération conservatrice pratiquée, il faut terminer par une hystéropexie. Nous pensons que c'est la fixation utérine qui joue le rôle principal dans le résultat fonctionnel de l'intervention.

Il est impossible d'affirmer après ces opérations conservatrices que la malade est guérie, mais pratiquement elles suffisent dans la majorité des cas. Grâce à elles, la vie redevient supportable, et si elles ne sont pas complètement guéries, les opérées peuvent au moins vaquer à leurs occupations. Certaines même deviennent enceintes.

C'est seulement si les douleurs continuent, si aucune amélioration n'a été obtenue, qu'il conviendra de recourir à l'opération radicale, à la condition que l'on se soit bien assuré auparavant que le mal vient des organes génitaux.

Cette opération radicale ne devra pas porter uniquement sur les ovaires et les trompes. C'est l'hystérectomie sub-totale ou totale qu'il conviendra de pratiquer. En effet, nous avons vu le rôle que joue l'utérus non seulement dans la pathogénie, mais encore dans la symptomatologie de l'affection qui nous occupe. En pratique, la fixation utérine suffit en général à guérir les troubles fonctionnels dus à l'utérus. Mais lorsque l'échec de la méthode conservatrice rendra nécessaire l'opération radicale, il ne faudra pas se borner unique-

ment à enlever les annexes ; on laisse ainsi en place la cause du mal, on risque de voir reparaître des douleurs dues à la métrite. En tout cas, on expose la malade à des pertes blanches fort gênantes. En somme, sans hystérectomie, l'opération est incomplète.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — P..., vingt-six ans, opérée une première fois en juin 1906, ignipuncture et hystéropexie isthmique.

Revue une première fois en avril 1907 en bon état, guérie jusqu'en janvier 1908. A ce moment, le 22 janvier, la malade ressent vers dix heures du soir une vive douleur dans le flanc droit. Cette douleur persiste pendant plusieurs jours, mais elle n'empêche pas la malade de vaquer à ses occupations.

Le 27 janvier entrée à Laennec.

Le ventre est souple ; une pression profonde dans la fosse iliaque droite détermine seule des douleurs. Pas d'empâtement. Les élancements et la sensibilité dans la fosse iliaque droite diminuent par le repos, la glace et le régime lacté.

Au toucher, légère douleur provoquée par la pression dans les culs-de-sac. Masse à gauche, l'utérus en bonne position.

Opération le 7 février : laparotomie médiane. Pas d'adhérences. L'utérus est en bonne position, mais il n'adhère pas intimement à la paroi. Il lui est relié par un repli péritonéal très allongé, qui s'insère assez haut sur sa face antérieure.

L'appendice est enlevé, il est rétro-cæcal non adhérent. L'ovaire droit est normal, l'ovaire gauche est scléro-kystique : ignipuncture. Trompes saines. Section de la bride utéro-pariétale. Suites normales. Ablation des fils le 15 février ; sortie le 29. Bon état.

Nous avons eu des nouvelles de cette malade en octobre. Elle souffre encore du ventre. Elle n'a pas eu de crises comme avant l'opération. Elle se plaint de douleurs continuelles dans le bas-ventre. Elle digère mal. Les fonctions intestinales ont peine à se faire. Constipation opiniâtre.

OBSERVATION II. — G.-B..., vingt-quatre ans.

Cette malade entre à Laennec le 28 février 1908, parce qu'elle souffre du ventre.

A. P... réglée à quinze ans, règles régulières, accouchement normal il y a trois ans. Pendant la grossesse, la malade souffrait dans la fosse iliaque gauche. Depuis l'accouchement, cette douleur a beaucoup augmenté d'intensité. Peu à peu s'est constitué l'état suivant : la malade souffre au moment de ses règles, ou mieux un peu avant. Ces douleurs

sont si intenses qu'elles obligent la malade à s'aliter. La douleur cesse complètement dès que le sang est apparu. Cette douleur a son siège maximum dans la fosse iliaque droite. Elle irradie dans les lombes et dans le pli de l'aîne. Les règles apparaissent toujours à la même époque. Elles durent quatre ou cinq jours et sont très abondantes.

Pas d'autres troubles, pas de constipation.

A l'examen on trouve l'utérus en rétro-flexion, assez gros. La palpation des annexes droites est douloureuse, sans que l'on puisse sentir dans les culs-de-sac de masse appréciable. La palpation des annexes gauches permet de percevoir une petite tumeur entre le bord de l'utérus et la paroi pelvienne. Cette petite tumeur est arrondie, et sa palpation est très douloureuse.

Opération le 1^{er} avril 1908 : laparotomie médiane sous-ombilicale. Ablation d'un appendice sous-cæcal non adhérent. Ignipuncture des deux ovaires, l'ovaire gauche surtout est malade, il est gros, kystique et en prolapsus latéral ; l'ovaire droit est légèrement kystique. Les trompes sont saines, hystéropexie ishmique. Suites normales. Ablation des fils le 10 avril. La malade quitte le service le 26 avril en bon état.

Nous avons eu des nouvelles de cette malade en juillet ; elle ne souffre plus, ses règles se passent normalement. Elle est très satisfaite.

OBSERVATION III. — S.-J..., femme B... Cette malade entre à Laennec le 3 mars 1908 parce qu'elle souffre du ventre.

Antécédents personnels. — Réglée à seize ans normalement, a eu il y a sept ans une pleurésie gauche qui guérit bien. Fausse couche en septembre 1906. Celle-ci se fit sans incident, mais, au mois de décembre suivant, la malade commence à souffrir du ventre. Les douleurs apparaissent surtout au moment des règles. Ces règles durent plus longtemps et sont plus abondantes qu'antérieurement. En avril 1907, nouvelle fausse couche de deux mois environ. Cette fausse couche est suivie d'une assez forte hémorragie. Pas de curetage. Depuis, la malade a des pertes blanches abondantes ; elle ne cesse de souffrir du ventre. Les douleurs sont surtout prononcées à droite ; elles irradient dans les aines et dans les lombes. Elles sont surtout marquées avant les règles, s'atténuent quand elles apparaissent.

Cette malade présente en outre des troubles digestifs ; elle est constipée, elle vomit souvent le matin au lever.

Le 1^{er} mars, après les règles, le malade ressentit une douleur brusque dans le flanc droit. Cette douleur fut accompagnée de vomissements bilieux et alimentaires ainsi que de ballonnement de ventre.

Examen : par la palpation abdominale, on ne provoque de douleurs qu'en bas au-dessus de l'arcade crurale, et ceci des deux côtés ; le reste de l'abdomen n'est pas douloureux. Il n'y a pas de signe d'appen-

dicite. Au toucher, on trouve le col de forme et de consistance normales, mais il est éloigné du pubis et bombe dans le cul-de-sac postérieur. Le corps est gros et forme avec le col une flexion très marquée. Du côté des annexes, on sent une masse arrondie, roulant sous le doigt à gauche.

Opération le 9 mars, laparotomie médiane sous-ombilicale. Appendice rétro-cæcal non-adhérent. Appendicectomie. Ovaires : à droite petits kystes ignipuncturés ; à gauche, résection d'un kyste gros comme une cerise ; surjet d'affrontement et d'hémostase, ignipuncture. Trompes saines ; utérus : antéflexion facilement réduite. Cicatrice épaisse, blanche, très dure dans l'angle cervico-corporel. Cette cicatrice est incisée transversalement, ce qui donne un avivement péritonéal, losangique, à grand axe transversal. Hystéropexie isthmique à ce niveau. Suites normales, ablation des fils le 19 mars, sortie le 1^{er} avril ; bon état.

Revue le 20 juillet, les règles sont revenues un mois après l'opération. Elles sont abondantes. Durent huit jours et ne sont accompagnées ni précédées d'aucune douleur. L'utérus est en avant encore un peu coudé au niveau de l'isthme. La palpation des annexes n'est pas douloureuse. L'ovaire gauche est un peu gros.

Cicatrice bonne.

Malade très satisfaite.

OBSERVATION IV. — B. C..., pas d'observation clinique. Opérée le 20 février 1905, laparotomie médiane, sous-ombilicale. Gros ovaires scléro-kystiques ; ignipuncture ; appendice rétro-cæcal, renflé dans son tiers distal en une sorte d'ampoule. Non adhérent. Appendicectomie. Hystéropexie isthmique, trois catguts. Fils enlevés le huitième jour, réunion parfaite, sortie le 11 mars.

Revue le 21 juillet 1908. Les douleurs : la malade n'a plus les douleurs lancinantes et terribles qu'elle avait avant l'opération. Elle souffre encore du ventre néanmoins, mais surtout dans la région gastrique et un peu dans la région appendiculaire à la pression. Les règles sont longues mais pas douloureuses. Quelques bouffées de chaleur avant leur apparition. Au toucher, l'utérus est collé contre la paroi ; son fond est un peu dévié à gauche. Le col est petit, haut situé. Dans les culs-de-sac, on ne trouve rien, le toucher détermine une légère douleur surtout à gauche, où le doigt enfonce moins profondément. Troubles digestifs, malade constipée, signe d'entéro-colite. Selles glaireuses.

Cicatrice très belle, blanche, linéaire, souple et solide.

OBSERVATION V. — P. A..., vingt-cinq ans. La malade entre à l'hôpital parce qu'elle souffre du ventre.

Antécédents personnels. — Pas de passé génital ; bien réglée. Elle a commencé à souffrir il y a un mois. A ce moment, elle ressentit brusquement, au milieu de la nuit, une douleur dans le côté droit du ventre. Cette douleur ne dura que quelques heures, et le lendemain matin la malade put aller travailler. Quelques jours après, nouvelle crise ; celle-ci dure deux jours, elle s'accompagne de vomissements et de ballonnement de ventre. Depuis ce moment la malade n'a pas cessé de souffrir, elle a dû abandonner son travail, elle entre à Laennec le 5 février 1908.

Examen : le ventre n'est pas ballonné. Douleurs diffuses dans la fosse iliaque droite. Au toucher col gros, utérus mobile, annexes un peu douloureuses, ovaires gros.

Opération le 6 mars, laparotomie médiane sous-ombilicale. Appendice long rétro-cæcal. Appendicectomie. Ovaires scléro-kystiques. Ignipuncture. Hystéropexie isthmique. Suites normales. Sortie le 30 mars.

Nous avons eu des nouvelles de cette malade en juillet. Elle ne souffre pas. Elle a pu reprendre son travail. Elle se déclare très satisfaite.

OBSERVATION VI. — F. E..., femme P..., vingt-neuf ans. Cette malade entre à l'hôpital Laennec pour des douleurs abdominales.

Antécédents personnels. — La malade souffre depuis quatre ou cinq ans ; elle éprouvait d'abord des douleurs assez vagues, siégeant en des points variables. Ces douleurs se faisaient surtout sentir au moment des règles et obligeaient la malade à garder le lit.

Depuis deux ans, l'état s'est aggravé. La douleur est presque continue ; elle s'est localisée dans la fosse iliaque droite, et la malade indique comme son siège maximum un point sis à droite un peu au-dessus du pli de l'aîne. Cette douleur irradie dans les lombes.

L'appareil digestif fonctionne mal. Après ses repas, la malade accuse une sensation de poids à l'épigastre. Pendant la digestion, douleurs sourdes dans le ventre. Constipation habituelle.

Examen : rein mobile à droite. La palpation du rein n'est pas douloureuse. Le ventre est souple et non douloureux. Point douloureux à droite à deux travers de doigt au-dessous du point de Mac Burney. Au toucher, antéversion utérine complète. Petite masse arrondie douloureuse dans le cul-de-sac gauche.

La malade a été réglée à seize ans régulièrement. Elle a des pertes blanches abondantes, glaireuses depuis cinq ans ; les règles sont régulières, elles durent quatre ou cinq jours ; elles sont très douloureuses. Envie fréquente d'uriner. Malade très nerveuse, palpitations de cœur, tremblements, bouffées de chaleur.

Opération le 21 février 1908. Laparotomie médiane, sous-ombilicale. Appendice long rétro-cæcal non adhérent. Appendicectomie. L'ovaire

gauche est gros comme un petit œuf bosselé, kystique. On le crible de pointes de feu, et il reprend son volume normal. L'ovaire droit n'a rien. L'utérus est gros, en antéverson complète. Hystéropexie isthmique. Suites normales. Ablation des fils le 3 mars; sortie le 13 mars.

Cette malade a été revue le 17 septembre; les troubles fonctionnels n'ont pas été améliorés par l'opération, les règles sont toujours aussi douloureuses, les pertes blanches aussi abondantes. Au toucher, l'antéverson utérine s'est reproduite. L'utérus est très mobile, l'ovaire droit ne semble pas augmenté de volume; l'ovaire gauche au contraire est un peu gros et douloureux.

Cicatrice blanche, linéaire à peine visible.

OBSERVATION VII. — M^{me} D..., pas d'observation clinique. Opérée le 6 février 1907. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Gros utérus mobile à surface parsemée de fausses membranes. Quelques adhérences filamenteuses autour des annexes. Ovaires gros et kystiques. Libération des adhérences et ignipuncture des deux ovaires. Hystéropexie isthmique. Sort guérie le 2 mars.

Revue le 15 juillet 1908. Les règles sont revenues trois semaines après l'opération; elles sont régulières, durent huit jours, un peu douloureuses le premier jour. En dehors de cela, pas de douleurs. Légère sensation de pesanteur après une marche un peu longue. Au toucher, l'utérus est en bonne position, sans toutefois être collé contre la paroi. Les annexes sont un peu augmentées de volume surtout à droite, où l'on sent l'ovaire. La palpation n'en est pas douloureuse.

Cicatrice bonne, à peine visible, malade très satisfaite.

OBSERVATION VIII. — M^{me} G..., pas d'observation clinique. Opérée le 24 mai 1907. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les trompes sont saines, mais les ovaires kystiques surtout le droit, qui de plus est assez gros. Ignipuncture des ovaires. Hystéropexie isthmique. Sort guérie le 14 juin.

Revue le 17 juillet 1908. Assez bon état général. Un peu remontée depuis son opération, mais présente encore des troubles sérieux.

Les règles sont peu douloureuses, longues (huit jours), irrégulières, pertes blanches continuelles. Au toucher, rétro-flexion non adhérente. L'ovaire droit est gros et en prolapsus latéral.

La cicatrice est un peu rouge. Revue le 28 octobre 1908. La rétro-flexion est adhérente, les règles sont abondantes et douloureuses; l'ovaire droit est gros et très douloureux. La malade refuse une nouvelle intervention.

OBSERVATION IX. — D..., vingt-deux ans; pas d'observation clinique. Opérée à Laennec le 27 septembre 1904. Appendicectomie. Kyste der-

moïde gauche, ablation des annexes gauches. A droite, ovaire scléro-kystique, ignipuncture, trompe perméable.

Hystéropexie isthmique.

Revue le 1^{er} août 1903 par M. DELBET. La malade a été bien pendant huit mois. Depuis deux mois, elle accuse des douleurs diffuses au moment des règles. Quelques pertes blanches. Pas de douleurs en urinant.

OBSERVATION X. — M. G..., dix-neuf ans. Envoyée à Laennec pour une crise d'appendicite. La malade souffre du ventre depuis un an, elle dit ne pas avoir fait de fausse couche; elle n'a pas de troubles menstruels, douleurs un peu au-dessous du point de Mac Burney, ventre un peu ballonné. Pas de fièvre. Au toucher, utérus gros, en rétro-version. Ovaire droit un peu gros. Opération le 13 mars. Appendice rétro-cæcal non adhérent. Appendicectomie. Ignipuncture des deux ovaires, qui sont scléro-kystiques. L'utérus gros en rétro-version mobile. Hystéropexie isthmique. Sortie le 4 avril en bon état.

Nous avons eu des nouvelles de cette malade en juillet; elle est très satisfaite; elle a repris ses occupations et ne souffre pas.

OBSERVATION XI. — F. G..., vingt-quatre ans. La malade entre à Laennec le 25 mars 1908 pour des douleurs abdominales.

Antécédents personnels. — Régliée à douze ans, régulièrement. Un accouchement très laborieux à dix-sept ans. Suites de couches normales néanmoins. Environ deux mois après les couches, la malade commence à souffrir dans le bas-ventre. Douleurs irradiant dans les aines et dans le dos. Depuis deux ans, les douleurs sont plus vives; elles se font sentir surtout au moment des règles. Celles-ci sont irrégulières et tantôt abondantes, tantôt composées seulement de quelques gouttes de sang. Les douleurs qui les accompagnent sont très vives; elles obligent la malade à s'aliter. Quelques pertes blanches empesant le linge.

Examen : au palper, défense vive dans la région hypogastrique, pas de défense à droite. Au toucher, rétro-flexion non adhérente, col normal; dans les culs-de-sac on trouve de chaque côté une masse assez dure, mobile avec l'utérus. Opération le 16 avril, laparotomie médiane, sous-ombilicale. Appendice long, rétro-cæcal, non adhérent. Appendicectomie. L'utérus en rétro-flexion est facilement réduit. Ovaires gros, scléro-kystiques surtout à droite, léger degré de prolapsus de ce côté. La trompe droite est rouge, congestionnée, mais perméable. Ignipuncture des deux ovaires. Hystéropexie isthmique. Suites normales. Ablation des fils le 26 avril. Sortie le 7 mai.

Malade revue en juin; presque tout de suite après sa sortie de l'hôpital, elle a recommencé à souffrir du ventre. Elle éprouve une pesanteur continuelle dans le bas-ventre. Les règles sont très dou-

loureuses surtout au début. Troubles digestifs, selles glaireuses, constipation.

On prescrit le repos, des injections chaudes et de larges évacuations rectales.

L'état, loin de s'améliorer, s'aggrave. On revoit la malade à la fin de juillet. A ce moment, au toucher, on constate que l'utérus est bien en place, mais gros. L'ovaire droit n'est pas senti. L'ovaire gauche est gros et douloureux.

La malade réclame une intervention, et, pensant qu'il n'y a pas d'autre moyen de la guérir, on y procède le 20 août : laparotomie circonscrivant l'ancienne cicatrice. L'utérus est trouvé suspendu à la paroi par un repli péritonéal falciforme composé d'un feuillet, tendu de la paroi à l'isthme. Ce ligament est assez solide. Il soutient bien l'utérus. L'ovaire droit et la trompe droite paraissent normaux, bien que l'ovaire soit un peu gros et kystique. La trompe gauche est, comme la droite, d'apparence saine. L'ovaire gauche est gros. Hystérectomie sub-totale. (L'étude de la pièce a été faite au chapitre : Étude histologique.) Suites normales, la malade se lève le quinzième jour et sort le vingtième.

Malgré l'opération radicale, cette malade n'est pas complètement guérie. Elle souffre encore du ventre. Nous l'avons revue récemment, et elle accuse une sensation de plénitude, de tension intra-abdominale, en rapport surtout, pensons-nous, avec des troubles gastro-intestinaux. Elle digère mal, est constipée, rend des glaires. Il n'y a pas chez elle de signes d'insuffisance ovarienne.

Observations publiées dans le mémoire de Delbet et Caraven sur l'hystéropexie isthmique.

OBSERVATION XII. — B..., vingt-huit ans, entre à Bicêtre, le 22 septembre 1903 ; réglée à quatorze ans. Règles très douloureuses, mariée à vingt et un an. Depuis cette époque, les douleurs augmentent et deviennent continuelles. Rapports sexuels très pénibles. Pas de grossesse.

Au toucher, on trouve dans le cul-de-sac postérieur l'utérus rétro-fléchi. Cette rétro-flexion est adhérente. L'ovaire est prolabé dans le cul-de-sac postérieur ; en prolapsus rétro-utérin. Masse dans le cul-de-sac latéral gauche. Opérée le 26 septembre 1903. Extirpation de l'ovaire gauche, qui est kystique, prolabé et entouré de fausses membranes. Ignipuncture de l'ovaire droit, qui est gros et scléro-kystique. Hystéropexie isthmique. Les douleurs cessent complètement.

La malade a été revue le 4 octobre 1907 en excellent état. Elle est devenue enceinte un an après l'opération. Le 2 novembre 1906, on a dû lui faire une suture des releveurs pour rectocèle légère. L'utérus était resté en place.

OBSERVATION XIII. — C..., vingt-cinq ans, pas d'observation clinique. Entre le 27 juin 1898 à l'Hôtel-Dieu pour vives douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen. Le 29 juillet 1898, opération. La parotomie médiane, ablation d'une salpingite adhérente. Ovaire droit scléro-kystique. Ignipuncture. Utérus en rétro-version. Hystéropexie isthmique. Sort guérie le 20 août.

Revue le 2 septembre 1899, utérus en bonne position ; à gauche, la palpation du cul-de-sac est indolente ; à droite, légère douleur à la pression. La malade se plaint de souffrir quelquefois spontanément de ce côté. Revue en février 1907, la malade a recommencé à souffrir surtout au moment des règles. Elle a accouché le 24 juillet 1904. Après son accouchement, elle a dû garder le lit pendant six semaines, ayant eu de la pelvi-péritonite. Depuis son accouchement, elle continue à souffrir du ventre. Dysménorrhée. Pertes blanches. Au toucher, col gros. Annexes droites et douloureuses. Utérus en antéflexion assez prononcée.

OBSERVATION XIV. — D..., trente-cinq ans entre le 13 décembre 1905 à Laennec.

Antécédents personnels. — Trois accouchements normaux. Le dernier remonte à quatre ans. La malade a commencé à souffrir du ventre il y a quatre ans. Pertes blanches abondantes. L'utérus est en rétro-version adhérente. Les annexes sont perceptibles, douloureuses. Opération le 12 janvier 1906. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Appendicectomie. Trompes saines, ovaires kystiques ignipuncturés. Hystéropexie isthmique. Suites normales.

Revue en mars 1907. Pertes blanches diminuées, règles régulières et non douloureuses, utérus en bonne position. Annexes perceptibles des deux côtés, légèrement augmentées de volume, non douloureuses et mobiles. Malade très satisfaite.

OBSERVATION XV. — Le P..., trente ans, entre à Laennec le 3 mars 1906.

Antécédents personnels. — Souffre du ventre depuis un accouchement qui remonte à sept ans. Pertes blanches. Douleurs vives continuelles. Constipation opiniâtre. Toucher: utérus en antéflexion, ovaires gros et douloureux. Opération le 19 mars 1906. Ovaires kystiques. Ignipuncture. Hystéropexie isthmique. Sort en bon état le 21 avril.

Revue en avril 1907. La malade n'a pas été améliorée. L'utérus est cependant en situation normale. Le corps est gros, dur et douloureux. Les annexes sont augmentées de volume ; elles sont adhérentes et douloureuses des deux côtés.

OBSERVATION XVI. — V..., vingt-sept ans, entre à Laennec le 21 juin 1906.

Antécédents personnels. — Réglée à seize ans, trois grossesses nor-

males, la dernière il y a vingt-deux mois, fausse couche il y a six mois. Depuis cette fausse couche, la malade ne cesse de souffrir du ventre. Examen : au toucher, l'utérus paraît en position normale, le col est gros et irrégulier. Masse douloureuse dans le cul-de-sac gauche. Opération le 6 juillet 1906. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Ovaire gauche scléro-kystique. Ignipuncture. La trompe était saine. A droite, l'ovaire est scléro-kystique, mais la trompe est scléreuse, oblitérée ; ablation des annexes droites. Utérus gros, antéversé. Hystéropexie isthmique. Suites simples. Sort en bon état le 27 juillet.

Revue en avril 1908. Le 17 octobre 1907, accouchement normal. La grossesse a été troublée au début par des métrorragies assez abondantes, actuellement bon état, ne souffre plus.

OBSERVATION XVII. — D..., vingt-cinq ans, entre le 2 mars 1906 à Laennec parce qu'elle souffre du ventre.

Antécédents personnels. — Un accouchement normal, deux fausses couches ; deuxième fausse couche il y a six mois. Depuis, douleurs vives surtout à droite, pertes blanches abondantes. Au toucher, petite salpingite à droite. Annexes très adhérentes en avant à la corne utérine. Le Douglas est libre, l'utérus est en position moyenne ; à gauche annexe grosse adhérente. Opération le 21 mars 1906. Salpingite droite adhérente, ablation. A gauche, ovaire kystique, trompe saine. Ignipuncture. Hystéropexie isthmique.

Revue en avril 1907. La malade est améliorée : elle a encore quelques troubles cependant. Les règles sont un peu douloureuses. Les pertes blanches ont persisté. Les annexes gauches sont grosses et douloureuses. L'utérus est en bonne position.

OBSERVATION XXVIII. — S..., trente-trois ans, pas d'observation clinique. Opérée le 19 juillet 1902 à Bicêtre pour rétro-version utérine et ovaires scléro-kystiques. Ignipuncture de l'ovaire droit. Hystéropexie.

Revue en avril 1907. Bon état, règles régulières, utérus contre la paroi, annexes un peu douloureuses des deux côtés, non augmentées de volume.

OBSERVATION XIX. — G..., vingt et un ans, pas d'observation clinique. Opérée le 10 juillet 1898. Rétro-version réductible, deux gros ovaires kystiques, trompes perméables. Ignipuncture. Hystéropexie isthmique.

Revue en avril 1907. Suppression des douleurs, utérus en antéflexion, Annexes un peu grosses, mais non douloureuses.

OBSERVATION XX. — V..., vingt-trois ans, pas d'observation clinique. Opérée le 29 mai 1882. Rétro-version. Ovaires scléro-kystiques. Ignipuncture. Hystéropexie isthmique.

Revue en mars 1907. La malade est devenue enceinte deux ans après

son opération. L'accouchement a été normal. Très bon état, utérus en bonne position. Annexes perceptibles non douloureuses.

OBSERVATION XXI. — D..., pas d'observation clinique. Opérée le 16 février 1906. Rétro-flexion et gros ovaires scléro-kystiques à droite surtout, où l'on trouve un kyste gros comme une noisette. Ignipuncture. Hystéropexie isthmique.

Revue en novembre 1907. Excellent état. La malade est devenue enceinte un an après son opération. Elle a avorté à deux mois.

OBSERVATION XXII. — P... souffre du ventre depuis quelques années. Règles très douloureuses. Douleurs dans l'intervalle des règles. Opérée le 15 mars 1905. Ovaires scléro-kystiques. Ignipuncture. Utérus en rétro-version réductible. Hystéropexie isthmique.

Revue en décembre 1907. Pas de douleurs, très bon état. Revue en décembre 1908 ; très bon état, règles régulièrement non douloureuses.

OBSERVATION XXIII. — Ch..., vingt-neuf ans, entre à Laennec le 16 juin 1905.

Antécédents personnels. — Accouchement il y a six ans. Métrite consécutive. Fausse couche de deux mois environ le 6 mai 1905. Depuis cette fausse couche, métrorragies continuelles et douleurs vives. Au toucher, col gros, utérus mobile, gros ovaire droit. Opération le 15 juillet, ovaires kystiques des deux côtés surtout à droite. Ignipuncture. Kystes au niveau de la trompe ; pointes de feu sur ces kystes. Hystéropexie isthmique. Suites normales.

Revue en novembre 1907. Bon état. Quelques mois après son opération, cette malade est devenue enceinte et a accouché normalement.

OBSERVATION XXIV. — M^{me} H...

Antécédents personnels. — Accouchement en octobre 1897, suites de couches fébriles. Le 22 avril 1898, crise douloureuse très vive ayant débuté du côté droit du ventre et rapidement généralisée à tout l'abdomen : vomissements, fièvre. Les règles, qui avaient commencé la veille, se sont arrêtées. Le 28 avril, la malade allant mieux se lève. Le 3 mai, nouvelle crise douloureuse à point de départ pelvien.

Examen : au toucher, utérus immobilisé. Cul-de-sac postérieur rempli par une tumeur douloureuse pesant sur le rectum et très dure ; sans doute une salpingite volumineuse. Côté gauche suspect. Opération le 28 mai 1898, salpingite droite énorme prolabée dans le cul-de-sac postérieur. L'ovaire droit est gros, kystique, prolabé au-dessus de la trompe. L'appendice est relié à la masse pelvienne par des adhérences. Ablation des annexes droites. Appendicectomie. A gauche, la trompe estrouge, non oblitérée. L'ovaire est kystique, ponctions au bistouri et ignipuncture de cet ovaire. Suites normales.

La malade a eu depuis un accouchement normal, elle ne souffre plus.

OBSERVATION XXV. — D..., vingt-trois ans, entre à Laennec le 18 mars 1896, parce qu'elle souffre du ventre.

Antécédents personnels. — Ses douleurs ne reconnaissent pas une étiologie bien nette. Réglée à treize ans, irrégulièrement. Souffre depuis un an du ventre, continuellement avec exacerbation au moment des règles. Irradiation vers le sciatique. Est déjà venue à Laennec en 1895. On lui a fait un curettage qui n'a amené aucune amélioration. Au toucher, rétro-flexion, ovaires gros et douloureux. Opération le 26 mars 1896. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Utérus en rétro-flexion facilement réduite. Trompes normales. Ovaire droit et kystique ; ovaire gauche petit et adhérent, lâchement prolabé. Ignipuncture. Hystéropexie isthmique. Suites bonnes. Sort guérie.

Revue en 1907. Utérus en place. Bon état. Devenue enceinte trois mois et demi après l'opération. A avorté à deux mois. Redevenue enceinte en 1902, l'accouchement a été normal.

Malades non revues.

OBSERVATION XXVI. — L. R..., trente-deux ans.

Antécédents personnels. — Deux accouchements ; le premier suivi d'infection, le deuxième normal, seize mois avant l'entrée. Souffre du ventre depuis le premier accouchement.

Examen. — Le toucher décèle une salpingite droite et une rétro-version. Opération le 15 septembre 1898 à l'Hôtel-Dieu. Il n'y a pas de salpingite. Les deux ovaires sont scléro-kystiques. Ignipuncture. Utérus en rétro-version. Hystéropexie isthmique.

OBSERVATION XXVII. — G..., trente-deux ans.

Antécédents personnels. — Accouchement normal à vingt-six ans. En avril 1900, fausse couche suivie de curettage. Depuis, douleurs abdominales persistantes. Au toucher, empâtement des deux côtés, surtout à droite. Opération le 31 juillet 1900 à l'Hôtel-Dieu. Gros ovaire scléro-kystique à droite ; petit ovaire scléro-kystique à gauche. Ablation de l'ovaire et de la trompe droites. Ignipuncture de l'ovaire gauche.

A la coupe l'ovaire droit est plein de kystes et de petits abcès. Hystéropexie isthmique.

Les suites de l'opération furent fébriles, mais la réunion de la plaie se fit néanmoins par première intention, et la sortie eut lieu le trentième jour sans incident.

OBSERVATION XXVIII. — D..., dix-huit ans. Opérée à Laennec le 24 septembre 1906.

Antécédents personnels. — En mars 1905, accouchement à terme. Travail long mais régulier. Après l'accouchement, apparition de douleurs vives. Douleurs siégeant dans les lombes et survenant par crises au milieu d'une période intermenstruelle. En février 1906, fausse couche de quatre mois environ. Rétention placentaire. Curettage. Douleurs continuelles dans les lombes. Pesanteur à l'anus. Période prémenstruelle très douloureuse. Douleurs cessant au début de l'écoulement sanguin.

Au toucher, rétro-version. Pas de lésions annexielles. A l'opération, on trouve des ovaires gros scléro-kystiques et une rétro-version non adhérente. Ignipuncture. Hystéropexie isthmique. Suites normales,

OBSERVATION XXIX. — D..., vingt-quatre ans, opérée le 16 février 1906.

Antécédents personnels. — Fausse couche il y a trois ans. Depuis souffre du ventre. Au toucher on trouve un utérus rétro-fléchi et les ovaires gros et douloureux. A l'opération, on trouve deux gros ovaires kystiques, le droit surtout est malade. Ignipuncture. Hystéropexie isthmique. Suites normales. Sortie le 11 mars.

OBSERVATION XXX. — B..., quarante-deux ans, opérée à Laennec le 28 octobre 1896.

Antécédents personnels. — Bien réglée jusqu'à son mariage. Depuis pertes blanches et irrégularités menstruelles. Deux accouchements, le dernier remontant à dix-huit mois. Après ce deuxième accouchement, est restée six mois au lit. Au toucher, l'utérus est en rétro-flexion. Les annexes des deux côtés sont sensibles à la pression. Opération. Très gros utérus en rétro-version complète facilement réductible. Ovaire gauche volumineux. Trompe non oblitérée. Ignipuncture. Ovaire droit moins volumineux. Trompe non oblitérée. Ignipuncture. Hystéropexie isthmique. 25 novembre sortie. Se plaint encore de quelques douleurs dans le bas-ventre pendant la station debout.

OBSERVATION XXXI. — D..., vingt-cinq ans, opérée à Laennec le 26 septembre 1897.

Antécédents personnels. — A eu deux accouchements, le premier à seize ans et le dernier à vingt-trois ans. Depuis son dernier accouchement, souffre du ventre continuellement. Les douleurs n'augmentent pas au moment des règles. Leucorrhée dans l'intervalle des règles. Au toucher, rétro-flexion; dans le cul-de-sac droit, petite masse molle roulant sous le doigt, douloureuse. Dans le cul-de-sac gauche, on ne sent rien, mais le toucher en est douloureux.

Opération: utérus très gros en rétro-flexion non adhérente. Des

deux côtés, l'ovaire a un volume double de celui d'un ovaire normal. L'ovaire droit est en prolapsus. Ignipuncture. Hystéropexie isthmique. Suites simples.

OBSERVATION XXXII. — M..., vingt-quatre ans, opérée à l'Hôtel-Dieu le 4 septembre 1897.

Antécédents personnels. — Accouchement il y a un an. Lorsque les règles reparaisent, elles sont très douloureuses. Douleurs continues, même dans l'intervalle des règles.

Opération : antéflexion, salpingite gauche. Ablation. Gros ovaire droit kystique. La trompe droite était saine. Ignipuncture de l'ovaire droit. Hystéropexie isthmique. Suppuration superficielle. Sort guérie le 3 octobre.

OBSERVATION XXXIII. — A..., trente-cinq ans, opérée à Laennec le 25 septembre 1906.

Antécédents personnels. — Six grossesses. La dernière il y a six ans. En janvier 1906, pertes blanches. Depuis douleurs abdominales, surtout au moment des règles. Au toucher, rétro-version. A l'opération : ovaire droit kystique, le gauche scléreux. On laisse l'ovaire gauche en place, on ignipuncture le droit. Hystéropexie isthmique. Apparition d'une phlegmatia gauche dans les jours suivants. Sort le 18 novembre en bon état.

OBSERVATION XXXIV. — Opérée à Laennec le 22 novembre 1905.

Antécédents personnels. — Deux fausses couches, la dernière remontant à deux ans. Douleurs vives depuis ce moment. Douleurs au moment des règles. Pertes glaireuses depuis un an. Au toucher : rétro-version, ovaire droit gros et prolabé. Ignipuncture. L'ovaire gauche est normal. Hystéropexie isthmique.

OBSERVATION XXXV. — M..., vingt et un ans, opérée le 23 octobre 1905 à Laennec.

Antécédents personnels. — Deux accouchements, le dernier en 1902. Depuis, douleurs des deux côtés.

Au toucher, rétro-version et derrière l'utérus ovaire prolabé dans le cul-de-sac. Cet ovaire est gros et mou.

Opération : l'ovaire droit prolabé contient un petit hyste que l'on résèque. Ignipuncture du reste de l'ovaire. Ovaire gauche kystique. Ignipuncture. Hystéropexie isthmique. Sort guérie le 14 novembre.

OBSERVATION XXXVI. — R..., vingt et un ans, opérée à l'Hôtel-Dieu le 20 août 1900.

Antécédents personnels. — Souffre du ventre depuis l'âge de quatorze ans. Pertes blanches continues, mal réglée, sans douleurs spéciales

au moment des règles. Un accouchement prématuré (sept mois). Deux fausses couches. Opération : utérus normal, ovaires gros, kystiques. Ignipuncture. Trompes saines.

OBSERVATION XXXVII. — R..., vingt-deux ans, opérée à l'Hôtel-Dieu le 17 août 1900.

Antécédents personnels. — Accouchement normal trois ans avant. Retour de couches, règles abondantes. Depuis douleurs vives, allant en croissant et finissant par devenir insupportables. Règles très longues, pas spécialement douloureuses. Au toucher, rétro-flexion, col gros, annexes augmentées de volume. Opération : ignipuncture des deux ovaires, qui sont gros sans salpingite. Hystéropexie isthmique. Suites normales.

OBSERVATION XXXVIII. — H..., vingt-trois ans, opérée à l'Hôtel-Dieu le 24 septembre 1898.

Antécédents personnels. — Pas d'enfant, pas de fausse couche. Pertes blanches et douleurs vives en urinant. Règles douloureuses. Au toucher, antéflexion, salpingite gauche. Opération : trompe volumineuse à gauche, abcès de l'ovaire, ablation des annexes gauches. A droite, la trompe est saine, l'ovaire est scléro-kystique. Ignipuncture. Hystéropexie isthmique. Sortie en bon état.

OBSERVATION XXXIX. — D..., opérée à Laennec le 25 septembre 1904.

Antécédents personnels. — Fausse couche il y a quatre ans. Début des douleurs en Avril 1904. Douleurs irrégulières sans caractère. Au toucher, col gros, cul-du-sac dépressible et douloureux. Cul-de-sac gauche résistant au doigt. Opération : ablation d'un petit kyste de l'ovaire gauche. La nature de ce kyste n'est pas indiquée. Ovaire kystique à droite. Ignipuncture. Hystéropexie isthmique. Suites normales.

OBSERVATION XL. — H..., trente-trois ans, pas d'observation clinique. A l'opération : abcès ovarien à gauche, ablation. A droite, ovaire scléro-kystique. Ignipuncture. Hystéropexie isthmique. Suites simples.

OBSERVATION XLI. — C..., dix-huit ans, opérée le 24 septembre 1894 ; pas d'observation clinique.

A droite ovaire gros comme une orange et contenant un gros kyste. Cet ovaire est adhérent en bas et en arrière, et on l'enlève, bien que la trompe soit saine. A gauche, ovaire scléro-kystique, trompe saine. Ignipuncture. Hystéropexie isthmique. Suites simples.

OBSERVATION XLII. — B. M..., vingt-six ans, entre à Laennec pour des douleurs dans le ventre le 17 mars 1908.

Antécédents personnels. — Réglée à quatorze ans régulièrement. Règles toujours très douloureuses, pertes blanches très abondantes. Trois accouchements normaux. La malade souffre surtout au moment des règles ; celles-ci sont régulières mais abondantes. En juin dernier, la malade eut un arrêt de règles de six semaines, puis une perte abondante suivit, et depuis lors la menstruation a repris normalement. Troubles gastriques. Constipation opiniâtre. Au toucher, rétro-flexion complète avec gros col douloureux. Rien aux annexes. Opération le 30 mars 1908. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Appendice long un peu renflé au bout. Sous-cæcal libre. Appendicectomy. Utérus rétro-fléchi. Petites fausses membranes filamenteuses, blanchâtres sur sa face postérieure ; ovaires gros scléro-kystiques. Ignipuncture. De plus à gauche, résection partielle. Hystéropexie isthmique. Suites normales.

CONCLUSIONS

Les conclusions que nous croyons pouvoir tirer de cette étude sont les suivantes :

1° L'ovaire scléro-kystique ne constitue pas une maladie distincte. Il est le résultat de processus variés. Le processus infectieux est de beaucoup le plus fréquent de ceux-ci ;

2° L'ovaire scléro-kystique s'accompagne presque toujours d'une déviation de l'utérus. Le plus souvent d'une rétro-version ;

3° L'ovaire scléro-kystique se manifeste par un certain nombre de symptômes dans la pathogénie desquels le déplacement utérin joue un rôle capital ;

4° L'ovaire scléro-kystique n'est pas guérissable par l'ignipuncture. Celle-ci détruit les grosses lésions et ne fait rien sur la cause du mal ;

5° L'hystéropexie devra être pratiquée toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'ovaires scléro-kystiques, quel que soit le traitement qu'on leur ait fait subir ;

6° Quand malgré l'opération conservatrice la malade continuera à souffrir, si un examen complet prouve que les douleurs viennent bien de l'ovaire, la castration totale est indiquée.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUILLY. — X^e Congrès intern. de médecine de Berlin. Analysé dans les *Ann. de gynécol. et d'obstétrique*, 1890, 2^e sem., t. XXXIV, p. 119.
- BOUILLY. — Des métrorragies d'origine ovarienne. *La gynécol.*, avril-juin 1899, p. 97.
- BOUILLY. — Ovarite scléro-kystique. *La gynécol.*, 15 juin 1900, p. 193.
- BROTHERS. — Résultats éloignés de la chirurgie conservatrice des ovaires et des trompes. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1908, n^o 8, p. 595.
- BURRAGE (de Boston). — Opérations conservatrices sur les ovaires et les trompes. *Med. News*, avril 1901, p. 563.
- CAMESCASSE. — Du choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus. Thèse de Paris, 1893.
- CHAVIN. — Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie. Thèse de Paris, 1896.
- CONZETTE. — Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes. Thèse de Paris, 1890.
- CORNIL. — Note sur l'histologie des corps jaunes de la femme. *Ann. de gynécol. et d'obstétrique*, 1899, t. II, p. 373.
- CRINELLI. — Dégénérescence kystique des ovaires avec fibromyome de l'utérus. *Gaz. hebdom.*, n^o 49, 1899, p. 580 (1).
- DALCHE DE DESPLANELS. — De l'ovarite. Thèse de Paris, 1885-1886 (n^o 46 de la Faculté).
- DELAUNAY. — Des opérations conservatrices de l'ovaire (Ignipuncture, résection partielle). Thèse de Paris, 1892-1893.
- DELBET (PIERRE). — Traité des suppurations pelviennes chez la femme, Paris, 1891.
- DELBET (PIERRE) et CARAVEN. — De l'hystéropexie isthmique. *Revue de gynécol. et de chir. abdominale*, 1908, n^o 1, p. 71.
- DOLÉRIS. — Ovarite chronique. *Bull. de la Soc. d'obstétrique et de gynécol.*, Paris, 1888.
- DOLÉRIS. — Traitement par l'ignipuncture. *Soc. d'obstétrique, de gynécol. et de pédiatrie*, 6 avril 1908.
- DUDLEY. — C. R. de l'Acad. de méd. de New-York du 7 février 1901 (anal. dans le *Med. News*, 1901, p. 363).
- FERRY. — Valeur comparée de l'hystéropexie abdominale directe et de l'hystéropexie médiatae intrapéritonéale. Thèse de Paris, 1906.

(1) L'auteur a confondu les ovaires scléro-kystiques et la dégénérescence kystique des ovaires.

- FRAIKIN. — L'ovarite scléro-kystique. Thèse de Bordeaux, 1899 (anal. dans les *Ann. de gynécol.*, 1900, t. I, p. 260).
- GERSUNY. — Extirpation partielle des ovaires. *Centralblatt für Gynec.*, 1899, n° 5, p. 138.
- GHAZAROSSIAN. — Pathogénie de l'ovaire scléro-kystique. Thèse de Paris, 1902-1903, n° 394.
- GRONSDREW. — Kyste du corps jaune. *The British gynecol. Journ.*, nov. 1906, (anal. dans *Arch. für Gynecol.*, Bd. LXXIV, p. 387).
- HARTMANN. — Traitement opératoire des annexites. *Ann. de gynécol. et d'obstétrique*, 1900, 2^e sem., p. 293.
- HOWARD (O. KELLY). — *Operative gynecol.*, vol. II, 1898, p. 173 et suiv.
- JAYLE et DE LIMA. — Du rôle capital des lésions annexielles dans les rétro-flexions et rétro-versions douloureuses. *Revue de gynécol. et de chir. abdominale*, 1897, p. 973.
- LAWSON-TAIT. — Traité des maladies des ovaires. Traduction Olivier, Paris, 1886, p. 117 et suiv.
- MARTIN. — Statistique de résections partielles. *Centralblatt für Gynecol.*, 1891, p. 516. C. R. d'une communication faite au IV^e Congrès de gynécol., à Bonn, le 23 mai 1891.
- MONPROFIT. — Salpingites et ovarites. Thèse de Paris, 1888.
- PETIT (PAUL). — Ovarites et kystes de l'ovaire. Étude clinique et anatomo-pathologique. *Nouvelles Arch. d'obstétrique et de gynécol.*, p. 296.
- PICHEVIN. — De la pathogénie et de la nature de l'ovarite scléro-kystique. *Semaine gynécol.*, 1903, p. 289.
- PICHEVIN. — Cautérisation de l'ovaire scléro-kystique. *Semaine gynécol.*, 1901, p. 25.
- PILLIET. — Étude anatomo-pathologique de l'ovaire scléro-kystique. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1890, n° 48, p. 564.
- POZZI. — Résection et ignipuncture de l'ovaire. *Med. moderne*, 1891, p. 735.
- POZZI. — Des opérations conservatrices de l'ovaire. Résection, ignipuncture. *Ann. de gynécol. et d'obstétrique*, 1893, t. I, p. 166.
- POZZI. — De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire. *Revue de gynécol. et de chir. abdominale*, 1897, n° 1, p. 3.
- POZZI. — Des indications du traitement opératoire dans les rétro-déviationes de l'utérus. *Revue de gynécol. et de chir. abdominale*, 1897, n° 3, p. 387.
- POZZI. — Dangers de l'ignipuncture. *Soc. d'obstétrique, de gynécol. et de pédiatrie*, 6 avril 1908.
- RAGUIN. — Contribution au traitement conservateur dans les cas d'ovarite scléro-kystique (ignipuncture, traitement de Martin) (1). Thèse de Paris, 1893-1894.
- RIEFFEL. — Traité d'anatomie de POIRIER et CHARPY.
- ROULLAND. — Des processus pathologiques non infectieux des annexes et du bassin chez la femme. Thèse de Paris, 1906-1907.
- ROTTIER. — Communication à propos de l'ignipuncture et des résections partielles de l'ovaire. *Soc. de chir.*, 7 octobre 1891.
- SCHULTZ. — Anatomie pathologique et pathogénie des kystes folliculaires des ovaires. *Arch. für Gynecol.*, Berlin, 1901, Bd. LXIV, Heft 1, p. 165.
- SINETY (DE) et MALASSEZ. — Sur la structure, l'origine et le développement des kystes de l'ovaire. *Arch. de physiol.*, 1878, n° 1.
- SLAVIANSKY. — Oophorites. *Ann. de gynécol. et d'obstétrique*, mai-juin 1890, p. 337 et 409.

(1) M. Pozzi fait remarquer que ça n'est pas Martin qui est le père de l'ignipuncture. Martin n'en parle en effet que tout à fait incidemment.

VALLIN. — Situation et prolapsus de l'ovaire. Thèse de Paris, 1886-1887.

VAUTRIN. — De la dégénérescence kystique des ovaires après certaines interventions pour annexites chroniques. *Ann. de gynécol. et d'obstétrique*, février 1906, p. 74.

VINOT. — De la douleur dans les rétro-déviation utérines. Thèse de Paris, 1898-1899.

VU : *Le Président de la Thèse*,
PIERRE DELBET.

VU : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

